This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

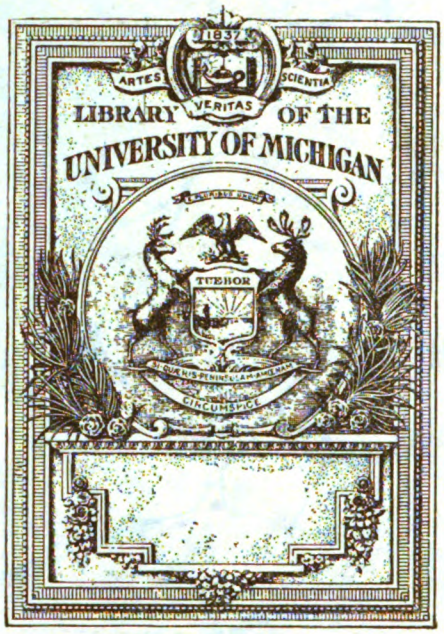
+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

B 3 9015 00211 594 0
University of Michigan - BUHR

Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

610.5
R46
G3
C6

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

ANNÉE 1900

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD

Médecin de l'hôpital Necker
Membre de l'Académie de médecine

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. G. BALLET, BALZER, BARBIER, BARIÉ, BARTH, BÉCLÈRE, DE BEURMANN, BROCQ, DU CASTEL, COURTOIS-SUFFIT, CUFFER, DREYFUS-BRISAC, DUFLOCQ, GALLIARD, GAUCHER, DE GENNES, HALLOPEAU, E. HIRTZ, JOFFROY, JOSIAS, KLIPPEL, LABADIE-LAGRAVE, LANDRIEUX, LAUNOIS, LAVERAN, LE NOIR, G. LION, P. MARIE, CH. MAURIAC, MOIZARD, MOREL-LAVALLÉE, MOUTARD-MARTIN, A. RENAULT, RENDU, RENON, A. ROBIN, ROQUES, SEVESTRE, THIBIERGE, WURTZ ; — ALBARRAN, ARROU, BEURNIER, CHEVALIER, P. DELBET, DEMOULIN, FAURE, GUINARD, LE DENTU, LEGUEU, LYOT, GÉRARD-MARCHANT, MAUCLAIRE, CH. MONOD, MORESTIN, NÉLATON, PEYROT, PICQUÉ, POTHERAT, POZZI, QUENU, P. RECLUS, REYNIER, RICHELOT, RIEFFEL, ROUTIER, SCHWARTZ ; — BAR, BOISSARD, BRINDEAU, DEMELIN, MAYGRIER, PORAK, TISSIER, médecins chirurgiens, accoucheurs des hôpitaux.

MM. BAILLET, BANZET, BRISSEMORET, CARRON DE LA CARRIÈRE, CASTEX, A. COURTADE, D. COURTADE, DESNOS, DRUAULT, DURRIEUX, GILLET, MAGDELAINE, MARCIGUEY, MENDEL, MÉRIGOT DE TREIGNY, NOGUÈS, PIATOT, PLICQUE, ROCHON-DUVIGNEAUD, F. TERRIEN, A. TERSON, TOURNIER, A. WEBER, anciens internes des hôpitaux.

Secrétaires de la rédaction : MM DEGUY et MILHIET, anciens internes des hôpitaux.

Avec la collaboration de :

MM. DUCLOS, professeur honoraire de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Tours, membre correspondant de l'Académie de médecine, BÉZY, chargé de cours de clinique infantile à la Faculté de Toulouse ;
FIESSINGER (d'Oyonnax) et LIÉGEOIS (de Bainville), membres correspondants de l'Académie de médecine ;
J. CAMESCASSE (de Saint-Arnoult) ; YOT, médecin légiste à Versailles ;
BRETON, médecin de l'hôpital de Dijon ; COMBE, dentiste de l'hôpital Saint-Louis, docteur P. REILLE (de Paris).

ANNÉE 1900 — QUATORZIÈME ANNÉE

RÉDACTION ET ADMINISTRATION, 38, BOULEVARD DES INVALIDES

Téléphone : 717-15

ABONNEMENTS : Un an { France..... 12 fr. / France (union postale).. 15 fr.

Les abonnements partent du 1er Janvier et du 1er Juillet

Digitized by Google

Digitized by Google

CLINIQUE CHIRURGICALE

Deux cas d'anomalie des organes génitaux de la femme

Par le Dr Louis Bergonier, *chirurgien des hôpitaux de Paris*

J'ai observé récemment deux cas d'anomalie des organes génitaux de la femme, que je crois intéressant de présenter à nos lecteurs.

Le premier cas est une anomalie du vagin. Le sujet était une femme de 60 ans, mariée depuis vingt ans, vigoureuse, jouissant d'une santé générale excellente, sans aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel. Elle n'a eu d'enfant ni de fausse couche, et le coït s'é[illegible] pratiqué normalement jusqu'au commencement de cette année. A cette époque, cet acte devint douloureux et difficile, et, peu à peu, il fut rendu presque impossible par l'existence d'un obstacle matériel.

Appelé auprès de cette malade, je trouvais, en pratiquant le toucher vaginal, une bride située sur la partie postérieure du vagin et empiétant sur les parties latérales de cet organe. Cette bride, en forme de croissant, située à trois centimètres en arrière du vestibule, allait en perdant et se terminait insensiblement en pointe de chaque côté. A sa partie la plus saillante, correspondant à la portion médiane de la face postérieure du vagin, elle présentait environ deux centimètres et demi de hauteur. L'épaisseur, de trois millimètres environ à la partie moyenne, semblait diminuer un peu en se rapprochant des extrémités. A la vue, l'aspect était celui d'une muqueuse blanchâtre, dure, carnifiée. Le doigt, en essayant de pénétrer dans le vagin, entrait dans un cul-de-sac et s'y heurtait, sans pouvoir aller plus avant, à moins de contourner le bord supérieur de la bride; on trouvait alors, à la distance normale, le col de l'utérus sain.

J'excisai cette bride au ras de la paroi vaginale et fis une suture minutieuse. La réunion fut, bien entendu, absolue, et les fonctions naturelles reprirent comme par le passé.

Cette bride, examinée au microscope, ne présentait d'autres éléments que ceux de la muqueuse vaginale normale.

Il est assez difficile de reconstituer la pathogénie de cette production anormale. Cependant, il semble probable qu'il existait à ce niveau une bride congénitale très peu accentuée, qui s'est hypertrophiée sous l'influence du frottement et a donné lieu peu à peu à la formation d'un cul-de-sac contre lequel venait buter la verge, ce qui rendait le coït douloureux et incomplet.

La seconde observation est un cas d'anomalie congénitale de l'utérus, qui m'a été révélée dans des circonstances absolument fortuites.

La malade, une jeune fille de 25 ans, fut amenée de province à Paris par la famille, dans un état grave : frissons, température à 40°, pouls à 120, facies terreux, diarrhée, pertes sanguines abondantes et fétides sans ballonnement ni douleurs abdominales.

L'utérus avait le volume d'un utérus gravide de trois mois ou trois mois et demi; le col, sur lequel on arrivait très faiblement, était mou et entrouvert; les culs-de-sacs étaient libres.

D'après certains renseignements qui me furent donnés par la famille, je pus reconstituer assez facilement le début de la scène pathologique qui se déroulait. Malgré les dénégations de la malade, il était évident qu'il s'agissait d'un avortement spontané ou provoqué, et je diagnostiquai de suite une infection causée par la rétention des débris placentaires.

Je proposai un curettage, qui fut accepté et pratiqué deux heures plus tard avec l'aide d'un confrère.

Je fus fort étonné de ne retirer au moyen de la curette que quelques débris de muqueuse insignifiants. Je fis passer dans l'utérus plusieurs litres de sublimé au millième, puis je quittai la malade.

Le lendemain, les symptômes ne s'étaient pas amendés, au contraire. Le soir, la température fut de 40°5, le pouls à 130; le facies était toujours terreux; le ventre était devenu légèrement ballonné et un peu douloureux dans son ensemble, et la diarrhée abondante et fétide. Il y avait toujours un écoulement sanguinolent fétide par le vagin.

Etonné de la persistance des accidents, j'enlevai le tamponnement vaginal et la mèche de gaze intra-utérine et je retouchai la malade. Le bout de mon index pénétra dans le col, qui suintait à peine, et cette exploration ne me donna aucun renseignement.

Mais, après avoir fait soulever fortement le bassin de la malade et en suivant avec mon index la paroi postérieure du col, je trouvai appliqué contre lui et à un centimètre et demi environ plus haut que son extrémité inférieure (en supposant la malade debout) une partie saillante présentant à son centre un orifice dilaté.

Je plaçai alors une valve postérieure avec le plus grand soin, et relevant avec une pince le col du côté de la symphyse, j'aperçus en arrière un second col très bien conformé et très entrouvert.

Aidé de mon confrère, je pratiquai, séance tenante, un nouveau curettage par l'orifice que je venais de découvrir et qui menait dans une vaste cavité. Je ramenai en grande quantité des caillots et des débris placentaires fétides. Cinq litres de sublimé à 1/2000 passèrent dans l'utérus. Tampon intra-utérin et tampon vaginal. Injection sous-cutanée d'un litre de sérum artificiel en deux fois, à une heure d'intervalle. Le lendemain soir, tous les accidents étaient conjurés; la température était revenue au degré normal, le pouls à 86; la diarrhée existait encore, mais très atténuée et sans odeur fétide. Nouvelle injection intra-utérine.

Le surlendemain, la jeune femme n'avait plus aucun symptôme morbide, et il ne lui restait plus qu'à se relever du choc qu'elle avait subi. Elle quitta Paris au bout d'un mois en excellente santé.

Durant son départ, et lorsque je supposai que tout était

400352

Digitized by Google

rentré dans l'ordre, je pratiquai l'examen minutieux des organes génitaux intéressés.

Il y avait très nettement deux utérus, ne communiquant en aucun point l'un avec l'autre, ce qu'on reconnaissait facilement en introduisant simultanément un hystéromètre dans chacun d'eux. L'un des utérus était situé en arrière de l'autre, et ils avaient tous deux la profondeur normale. A la palpation, aucun sillon ne distinguait les deux fonds; mais les deux cols étaient absolument distincts, quoique accolés intimement l'un à l'autre, et le col de l'utérus postérieur était situé à un centimètre et demi environ plus haut que celui de l'utérus antérieur.

Ces deux utérus formaient deux cônes aplatis d'avant en arrière et placés l'un en avant et l'autre en arrière, la malade étant supposée debout. De plus, le col postérieur était masqué complètement par le col antérieur, qui le recouvrait et descendait plus bas.

Les ovaires et les trompes étaient sains; leur exploration était facile par la palpation bimanuelle. Leur nombre était normal. Ils dépendaient certainement de l'utérus postérieur, qui avait été le siége de la conception; mais l'exploration ne pouvait permettre de reconnaître matériellement ce fait.

J'avais donc eu affaire chez cette malade à une conformation absolument anormale de l'utérus. Je sais qu'il a été signalé des utérus doubles juxtaposés, l'un un peu à gauche, l'autre un peu à droite, présentant, suivant l'expression classique, l'aspect d'un canon de fusil double; mais je ne connais pas d'observation d'une anomalie analogue à celle que je signale.

De plus, j'attire l'attention sur ce fait, qu'une grossesse de trois mois et demie, développée dans l'utérus postérieur, a réagi sur l'utérus antérieur de façon à l'hypertrophier simultanément, puisque tous deux ne formaient à l'examen qu'une seule masse. Le col de l'utérus accessible était, en effet, gros, mou et entrouvert, quoique cet utérus ne fût pour rien dans les phénomènes observés.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La médication chlorhydro-pepsique

Par G. Linossier
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon

L'idée de venir en aide à une digestion insuffisante, en introduisant dans l'estomac de la pepsine ou de l'acide chlorhydrique, ne pouvait ne pas germer en l'esprit du premier physiologiste qui réalisa, *in vitro*, au contact de ces deux substances, la peptonisation des matières albuminoïdes. Quand, longtemps après, l'analyse chimique du suc gastrique, prit place parmi les procédés de diagnostic des affections digestives, la diminution maintes fois constatée de la sécrétion stomacale ne pouvait pas ne pas paraître confirmer le bien fondé de cette médication, et en fournir l'indication précise et indiscutable.

L'expérience clinique a-t-elle confirmé ces vues théoriques? Je n'hésite pas à répondre : Non.

L'acide chlorhydrique ni la pepsine n'ont guéri aucune dyspepsie; mais, à vrai dire, on devait s'y attendre. Si on comprend en effet très bien comment, en provoquant une digestion artificielle dans un estomac inférieur à sa tâche, on facilite l'alimentation, et on dissipe momentanément les malaises dus à l'imperfection de la protéolyse gastrique, on ne se rend guère compte du mécanisme par lequel la pepsine et l'acide chlorhydrique provoqueraient dans les phénomènes digestifs des hypochlorhydriques une amélioration durable capable de survivre à leur emploi.

Tout au contraire, certaines expériences, certaines observations cliniques tendraient à faire considérer l'acide chlorhydrique comme un dépresseur de la sécrétion. J'ai exposé, il y a quelques années, et ne veux pas y revenir ici, les arguments qui me paraissent militer en faveur de cette conception particulière de l'action de l'acide chlorhydrique (1), conception qui a été soutenue depuis par M. Mathieu. La médication chlorhydropepsique doit donc être essentiellement considérée comme une médication palliative et non curative de l'hyperchlorhydrie.

Mais, même à ce point de vue plus modeste, l'expérience clinique a amené bien des désillusions. Dans quelques circonstances, sans doute, on parut obtenir une amélioration, mais bien plus fréquemment on éprouva des échecs. En tout cas, on fut loin d'obtenir le résultat constant, décisif, que l'on était en droit d'attendre, puisqu'on croyait restituer à l'estomac tout ce qui lui manquait.

Le découragement a été la conséquence de ces désillusions.

L'acide chlorhydrique n'est plus guère utilisé dans le but de suppléance, qui fut d'origine la raison de son emploi, mais pour quelques propriétés accessoires plus ou moins bien établies, action sur l'appétit, action antiseptique, et surtout, il faut bien le dire, comme médicament inoffensif commode pour corser une ordonnance.

Quant à la pepsine, considérée un moment comme la panacée de tous les états dyspeptiques, elle est bien déchue de la place prépondérante qu'elle occupa un moment dans la thérapeutique des états dyspeptiques. La plupart des auteurs spécialement adonnés à l'étude de la pathologie gastrique la considèrent même comme absolument inutile.

(1) Linossier et Lemoine. (*Archives générales de médecine*, mai 1893).

Digitized by Google

Voici les principaux arguments qui ont motivé ce discrédit :

1° Jamais la pepsine ne disparaît du contenu gastrique tant que persiste la sécrétion chlorhydrique. Même quand celle-ci est absolument tarie, il est très rare qu'on ne puisse déceler la présence du ferment ou de son zymogène. Celui-ci ne disparaît de l'estomac que quand les glandes en sont complètement détruites. Or il suffit d'une très faible quantité de pepsine pour digérer une grande quantité d'albumine. Si peu qu'il y en ait, il y en a donc toujours assez.

2° Les fonctions chimiques de l'estomac n'ont pas l'importance qu'on leur a jadis attribuée. Pourvu que ses propriétés motrices soient intactes, la digestion ne souffre pas dans son ensemble de l'absence de la pepsine. L'intestin suffit seul à la dissolution des albuminoïdes.

3° Si, dans une expérience de digestion artificielle, on ajoute de la pepsine à un suc gastrique insuffisant, jamais l'addition de pepsine n'améliore la digestion ; parfois même elle la rend plus lente (Bourget, Georges).

Il est facile de montrer combien sont spécieux ces divers arguments.

1° Il est réel que la pepsine ne disparaît que rarement des liquides gastriques. Je dirai même plus : Dans les très nombreuses analyses que j'ai effectuées jusqu'ici, je n'ai jamais noté son absence complète; et, provisoirement, j'ai quelque tendance à croire que les observations contraires sont peut-être attribuables à un défaut de technique. Mais il est erroné d'admettre que, si peu qu'il y ait de pepsine, il y en a toujours assez.

Si la durée de la digestion gastrique était illimitée, une très faible quantité de pepsine arriverait en effet à réaliser un travail digestif considérable ; mais, dans un temps déterminé, la quantité d'albumine peptonisée est d'autant moindre que la proportion du ferment est plus faible. Si celle-ci s'abaisse au-dessous d'un taux déterminé, le travail exigible de l'estomac sera irréalisable dans le temps limité de la digestion stomacale.

Je suis persuadé que cette éventualité se réalise dans des cas assez nombreux. Si la pepsine ne disparaît jamais des liquides gastriques, sa quantité y est en effet très variable. Divers auteurs, Hasche, Gintl, Kovesi ont avancé que les variations de la pepsine sont moindres que celles de l'acide chlorhydrique. C'est une erreur attribuable à l'insuffisance des procédés de dosage employés par ces auteurs. Avec une méthode très sûre, j'ai pu m'assurer que les variations de la pepsine sont au contraire plus étendues que celles de l'acide ; elles sont de même sens, mais sans leur être proportionnelles. (Dans mes observations, les rapports des deux substances ont varié du simple au sextuple) (1).

2° Discuter l'importance relative de la digestion gastrique dans la digestion en général m'entraînerait trop loin. J'ai répété souvent dans mes cours que si, pendant une assez longue période, le rôle chimique de l'estomac a été manifestement exagéré, on a aujourd'hui une tendance à le trop restreindre. On nie l'importance de la peptonisation gastrique, mais on insiste sur la nécessité d'une bonne désagrégation mécanique des aliments et de leur répartition régulière au duodénum siège de la digestion chimique proprement dite. Comment ne s'aperçoit-on donc pas que cette désagrégation est un phénomène essentiellement chimique et non un phénomène mécanique, dont les parois gastriques seraient incapables ? Pour prendre un exemple, si le pain est désagrégé, ce n'est pas par une trituration, mais parce que le gluten qui sert de ciment aux grains d'amidon est peptonisé et dissous, L'agent de cette dissolution est la pepsine. C'est également en dissolvant le sarcolemme, que l'estomac dissocie les fibres musculaires de la viande, et, dans cette dernière opération, il ne peut être suppléé par le suc pancréatique, qui n'attaque pas le tissu conjonctif. Ici encore les agents de la dissociation sont la pepsine et l'acide chlorhydrique.

3° Enfin l'action défavorable de la pepsine commerciale ajoutée au suc gastrique naturel, dans les expériences de digestion artificielle, s'explique facilement par ce fait que la pepsine commerciale n'est jamais qu'un mélange de ferment avec des matières albuminoïdes inertes. Celles-ci, introduites dans une quantité limitée de liquide gastrique, fixent une partie de l'acide chlorhydrique, et le pouvoir digestif est, de ce fait, ralenti. Il n'en est plus de même dans l'estomac, en présence d'une sécrétion sans cesse renouvelée.

***

Il résulte, je crois, de cette discussion que les objections théoriques faites à l'usage de la pepsine sont plus spécieuses que réellement fondées. Reste l'objection capitale, l'échec du médicament dans la pratique. Mais, en y regardant de près, celle-ci n'est guère plus fondée que les autres, par cette raison bien simple qu'aucun de nous n'a jamais réalisé une médication chlorhydropepsique rationnelle, les doses d'acide chlorhydrique et de pepsine prescrites ayant toujours été ridiculement insuffisantes.

En ce qui concerne l'acide chlorhydrique, nous savons que sa proportion dans les liquides retirés

(1) Linossier : Recherche et dosage de la pepsine dans le contenu gastrique des dyspeptiques (*Journal de physiologie et de pathologie générale*, mars 1899.)

Digitized by Google

de l'estomac de l'homme, et qui ne représentent que du suc gastrique dilué par les aliments et les boissons, oscille normalement autour de 2 0/00. En admettant que la proportion n'en soit pas plus élevée dans le suc gastrique lui-même, et en acceptant comme réelles les données des physiologistes, qui évaluent la quantité de suc gastrique sécrétée quotidiennement à 1/10e du poids du corps, nous arrivons à cette conclusion qu'un homme de 65 kilogrammes sécrète environ par jour 13 grammes d'acide chlorhydrique réel, soit 40 grammes d'acide chlorhydrique officinal, qui est une solution au tiers.

Dans les cas d'hypochlorhydrie, la richesse du suc gastrique en acide chlorhydrique s'abaisse fréquemment de plus de moitié. En admettant, ce qui n'est généralement pas exact, que la quantité totale de suc sécrété n'ait pas subi elle même de diminution, c'est donc un déficit correspondant à 20 grammes d'acide chlorhydrique officinal.

Combien en fait on ingérer pour suppléer à cette insuffisance ? *Au maximum* 50 centigrammes, soit dix gouttes, la vingtième partie de ce qui serait nécessaire ?

A quel état le fait-on absorber ? A l'état de solution renfermant *au maximum* 4 0/00 d'acide officinal, soit 1,3 0/00 d'acide chlorhydrique réel. La solution destinée à renforcer l'acidité du suc gastrique est donc d'une acidité inférieure à celle du suc gastrique normal et aurait besoin d'être elle même renforcée !

Evidemment, les résultats de mes calculs sont très contestables. L'évaluation notamment de la masse totale de la sécrétion gastrique est hypothétique. Mais ces calculs dénotent une telle différence entre la dose d'acide chlorhydrique utile et la dose réellement administrée, que, en supposant même que les chiffres exprimant la première soient le double de la réalité, la même conclusion n'en ressortirait pas moins avec la même évidence.

Les mêmes considérations peuvent s'appliquer à la pepsine.

La pepsine pure n'a jamais été isolée, pas plus que les autres diastases. Il est donc impossible d'évaluer la quantité de ce ferment qui est contenue dans le suc gastrique à l'état normal, comme je viens de le faire pour l'acide chlorhydrique ; mais on peut comparer, au point de vue de l'activité digestive, les liquides extraits de l'estomac de l'homme avec la pepsine amylacée du codex, et déterminer expérimentalement à quelle quantité de cette pepsine est équivalente la pepsine sécrétée en un jour par l'estomac humain.

J'ai fait cette comparaison à l'aide du procédé de dosage de la pepsine que j'ai étudié dans un mémoire récent (1) et j'ai vu que 0 gr. 05 de cette pepsine (2) correspondent sensiblement à un centimètre cube du chyme gastrique extrait de l'estomac de l'homme une heure après un repas d'épreuve d'Ewald. Bien entendu, la richesse du chyme gastrique en pepsine pouvant varier dans de larges proportions, d'un individu à l'autre, j'ai pris pour base de ma comparaison un chyme gastrique moyen. En admettant, comme plus haut, que la sécrétion gastrique s'élève au dixième du poids du corps, on arrive à cette conclusion qu'un homme de 65 kilogrammes sécrète quotidiennement l'équivalent de 325 grammes de pepsine du codex. Si la sécrétion devient insuffisante, en quoi les 50 centigrammes que l'on introduit dans l'estomac peuvent ils suppléer à cette insuffisance ? C'est 100 ou 200 fois qu'il faudrait en administrer !

Ici, plus encore que pour l'acide chlorhydrique, la disproportion entre la dose utile et la dose effective est telle que, les bases de mon calcul fussent elles entachées d'erreur, la conclusion n'en subsisterait pas moins.

***

Nous ne connaissons donc pas la médication chlorhydro pepsique. Nous ne la connaissons pas plus que nous ne connaîtrions la médication quinique, si nous n'avions jamais administré plus d'un centigramme de quinine, ou que nos pères ne connaissaient la médication iodurée à l'époque où ils prescrivaient quelques centigrammes d'éponge calcinée !

L'expérience est à recommencer, mais peut elle l'être dans des conditions d'activité suffisante des produits prescrits ?

Le suc gastrique de chien, proposé par M. Frémont, représente évidemment un médicament extrêmement actif. Avec un demi-litre de ce liquide, d'acidité très élevée et d'une très grande richesse en pepsine, les malades absorbent une quantité d'acide chlorhydrique et de ferment hors de proportion avec celle qui est administrée dans la pratique chez les hypochlorhydriques. Les excellents résultats obtenus par M. Frémont peuvent très bien provisoirement s'expliquer par ce fait seul, sans faire intervenir une propriété spéciale, encore mystérieuse du suc gastrique naturel, et ils font espérer des résultats analogues d'une médication chlorhydropeptique réellement active.

Malheureusement, le suc gastrique animal n'est pas un médicament usuel, et l'usage des fortes doses d'acide chlorhydrique et de pepsine est rendu difficile, d'une part par la saveur intolérable des solu

(1) *Loc. cit.*
(2) Pepsine lactosée provenant de la pharmacie de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Digitized by Google

tions concentrées du premier, de l'autre par l'insuffisance des préparations ayant la seconde pour base et notamment de la pepsine amylacée du Codex. C'est une difficulté qui n'est cependant pas insurmontable.

Pour ce qui est de l'acide chlorhydrique, des doses plus élevées que les doses usuelles ont déjà été employées avec avantage par Tournier et Perraud (1); malheureusement l'ingestion en est difficile. Au delà de 4 grammes d'acide officinal, soit de 1 gr. 3 d'acide réel par litre, les solutions d'acide chlorhydrique ont une saveur qui les rend à peu près imbuvables. On est donc obligé, pour faire pénétrer dans l'estomac une dose un peu forte d'acide, de faire ingérer un volume d'eau considérable. La solution utilisée est d'ailleurs forcément moins acide que le suc gastrique humain normal et, par conséquent, incapable de ramener à un titre normal un suc insuffisant.

Pour triompher de cette difficulté, j'ai associé l'acide chlorhydrique à l'albumine. Sous cette forme, analogue à celle sous laquelle il se présente dans le suc gastrique, l'acide chlorhydrique présente une saveur infiniment moins désagréable, il est vraisemblablement beaucoup moins irritant pour la muqueuse de l'estomac, et il peut être ingéré facilement en solutions trois ou quatre fois plus concentrées que les solutions usuelles. Voici une formule type, que l'on pourra modifier d'ailleurs suivant les indications.

Blanc d'œuf.....	n° 2
Sucre.....	30 grammes
Eau distillée QS pour	150 cent. cubes
Solution au dixième d'acide chlorhydrique officinal.....	30 cent. cubes

Mélanger l'eau et le blanc d'œuf, faire dissoudre le sucre, puis ajouter peu à peu l'acide. Passer, au besoin, sur un linge fin.

La solution ainsi préparée est d'une saveur brûlante mais non désagréable. On fera bien de la boire avec un chalumeau pour éviter le contact avec les dents. Elle renferme par litre 15 grammes d'acide officinal, c'est dire qu'elle est près de quatre fois plus riche que les solutions les plus concentrées actuellement usitées. De par sa préparation, elle devrait avoir un titre acide de 5 0 00; mais une partie de l'acide est fixée par l'albumine à l'état de combinaison neutre, si bien que l'analyse du mélange, pratiquée par les procédés usités dans l'examen des liquides gastriques, m'a fourni les résultats suivants :

HCl libre.....	2.75 p. 1,000
Acidité totale.....	4.4 —

On voit qu'on introduit avec cette préparation, dans l'estomac, un liquide réellement plus riche que le suc gastrique normal et capable d'enrichir un suc gastrique insuffisant. J'ai pu me rendre compte que le titre acide pourrait en être encore élevé, sans que le liquide devînt imbuvable. Par contre si, ne cherchant pas à utiliser l'acide chlorhydrique dans le but de suppléer à l'insuffisance de la sécrétion du suc gastrique, on voulait ne prescrire que de petites doses, on aurait encore tout avantage à employer une formule analogue à celle que j'ai inscrite ci-dessus, mais renfermant, par exemple, une quantité d'acide chlorhydrique moitié moindre. Dans ces conditions le remède non seulement n'aura pas la saveur brûlante des solutions aqueuses au même titre, mais constituera même une boisson agréable. Je n'insiste pas sur les quantités de solution chlorhydrique à faire absorber par petites portions au cours des premières heures de la digestion. Elles seront variables suivant le but poursuivi.

Il peut y avoir un inconvénient à l'emploi des doses élevées d'acide chlorhydrique, c'est l'hyperacidité des humeurs qui peut en résulter. Il sera bon de prévenir cet effet fâcheux, en prescrivant, vers la fin de la digestion, 0 gr. 75 de bicarbonate de soude pour chaque gramme d'acide réel ingéré.

En ce qui concerne la pepsine, il faut renoncer absolument à la déplorable préparation qu'on appelle la pepsine amylacée du Codex. Au moment où la tendance générale est de condenser sous le plus faible poids possible l'action thérapeutique des médicaments naturels, en en extrayant les alcaloïdes, les glucosides, etc., il est étrange que le Codex prescrive la dilution de la pepsine, et adopte comme officinale une préparation capable de digérer vingt fois son poids de fibrine, alors qu'on peut l'obtenir aisément avec une activité dix fois plus grande !.

Il ne faut employer que des pepsines à titre élevé et les employer à haute dose. Avec quatre à cinq grammes d'une pepsine au titre 200, on a un effet équivalent à celui de 40 à 50 grammes de pepsine du Codex, et on conçoit qu'il en puisse résulter une aide efficace pour un estomac défaillant. M. Bardet a, il y a quelques années, obtenu de cette pratique des résultats encourageants ; M. Albert Robin, qui déclare obtenir de bons effets de la médication pepsique, conseille d'exiger pour la pepsine le titre minimum de cinquante.

Le mieux serait d'employer directement le produit de la macération d'une muqueuse gastrique de mouton ou de porc dans de l'acide chlorhydrique dilué. Je me suis assuré qu'on peut obtenir ainsi un suc gastrique artificiel aussi actif que les plus actifs sucs gastriques humains ; malheureusement, le liquide a une saveur et surtout une odeur repoussante et l'addition d'albumine et de sucre ne le rend pas facilement buvable.

(1) Perraud. De l'emploi de l'acide chlorhydrique à hautes doses dans certaines affections de l'estomac. *Thèse de Lyon*, 1898.

Digitized by Google

En résumé, on a fait à la médication chlorhydropeptique, en tant que médication pouvant momentanément suppléer à l'insuffisance de la sécrétion gastrique, des objections de deux ordres, les unes théoriques, les autres tirées de l'insuccès fréquent de la médication. Je crois avoir montré que les premières n'ont pas une valeur décisive. Quant aux secondes, elles tombent devant ce fait, que je crois avoir établi, que les doses d'acide chlorhydrique et de pepsine utilisées jusqu'ici étaient absolument insuffisantes à jouer le rôle qu'on leur attribuait. Si, de ces petites doses, on a paru parfois obtenir un bon résultat, c'est certainement par un mécanisme tout autre que celui que l'on supposait.

L'expérience est donc à reprendre dans de meilleures conditions, et je crois qu'on en a les moyens avec les solutions albumineuses d'acide chlorhydrique et les pepsines à titre très élevé. Il se peut qu'on échoue, mais jusqu'à ce que cette expérience soit faite, on n'est pas autorisé à proclamer l'impuissance d'une médication que l'on ne connaît en réalité pas.

Causerie clinique & thérapeutique[1]

Hôpital Necker. — H. Huchard

I. Inertie diaphragmatique des hystériques. — Voici un malade âgé de 16 ans et demi, mal développé pour son âge, présentant une affection qui n'est pas décrite par les classiques, qui mériterait de l'être, et que je connais pour l'avoir observée plusieurs fois. Il vient uniquement pour des troubles respiratoires. J'ajoute qu'il n'a rien au cœur ni aux poumons.

Vous le voyez immédiatement, ce jeune malade fait de temps en temps, d'une manière intermittente, à intervalles assez courts et assez réguliers, une inspiration profonde, suspirieuse. Regardez, d'autre part, comment se font les mouvements respiratoires · Vous remarquez que son diaphragme est inerte pendant l'inspiration, la paroi abdominale non refoulée restant immobile; il présente un état de parésie diaphragmatique, et sa respiration a au plus haut point le type costal, elle est uniquement costale, et il respire comme une femme. La gêne respiratoire qui en résulte l'oblige de temps à autre à faire cette inspiration forcée, cette inspiration profonde et suspirieuse intermittente qui nous a frappés tout d'abord.

L'affection que ce sujet présente est en quelque sorte l'analogue pour le diaphragme de ce qu'on appelle l'astasie-abasie pour les membres inférieurs Il ne sait plus respirer, il a désappris de respirer. Si vous me permettez cette expression hardie, je vous dirai qu'il est atteint d'astasie-abasie de la respiration.

Ce sujet est d'ailleurs manifestement un hystérique. Voyez comme je le pique, comme je traverse de part en part un pli de la peau avec une épingle sans qu'il sente ; et voyez maintenant comme il considère avec curiosité, mais sans éprouver la moindre sensation douloureuse, l'épingle fichée sous la peau. Il présente aussi des phénomènes d'angiospasme, et la piqûre reste absolument exsangue.

Du côté droit, nous notons plutôt de l'hyperesthésie.

C'est surtout chez de jeunes sujets que se rencontre ce type de parésie diaphragmatique. J'ajoute qu'il n'a pas de gravité pronostique.

Ce malade a déjà été traité par divers médecins et il a pris du valérianate d'ammoniaque, du bromure longtemps continué. Voyez cette éruption bromique qui tout de suite a trahi à vos yeux le traitement. Il a pris aussi de l'iodure, du sulfate de spartéine. Rien de tout cela n'a réussi, comme cela se comprend.

Nous allons recommander à sa mère de lui pratiquer des frictions, particulièrement à la base du thorax sur la région diaphragmatique, avec le liniment de Rosen. Si ce malade avait pu rester à l'hôpital, nous aurions nous-mêmes mis en œuvre le traitement ; nous aurions pratiqué méthodiquement ces frictions, on lui aurait appris à respirer par une sorte de massage méthodique des parois thoraciques.

Nota. Sa mère ayant consenti à nous le laisser pendant une ou deux semaines, nous avons pu, à l'aide d'un traitement bien simple, le guérir complètement de ces troubles respiratoires qui avaient tant effrayé son entourage : il a suffi de lui apprendre à respirer par son diaphragme au moyen de mouvements réguliers que nous imprimions à sa cage thoracique.

II. Arythmie tardive ou arythmie de la convalescence de la fièvre typhoïde. — Vous voyez cette jeune malade de 21 ans qui vient nous consulter, se plaignant d'étouffements. Elle a été traitée au mois de mars dernier dans le service pour une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Pendant sa maladie, on ne releva point de troubles cardiaques. Mais au cours de sa convalescence, après plusieurs jours d'apyrexie complète, mon interne constata une arythmie marquée, qui persistait encore, lorsqu'à la fin d'avril elle quitta l'hôpital. Cette arythmie a diminué, et aujourd'hui on ne trouve plus que de temps en temps une irrégularité, un faux pas du cœur.

Il y a ainsi des malades, et j'en ai vu plusieurs, qui, n'ayant présenté aucun trouble cardiaque pendant la durée de la fièvre typhoïde ont plus tard, pendant leur convalescence, une arythmie sur la pathogénie de laquelle nous ne sommes pas fixés et nous ne pouvons que faire des hy-

(1) Rédigée par M. Guéniot, interne de service. — Nous publierons assez régulièrement ces *causeries cliniques et thérapeutiques*, que M. Huchard fait tous les mardis à neuf heures à l'hôpital Necker, à propos de malades divers venus à la consultation (pavillon des femmes, de la salle Delpech). C'est là de la clinique faite extemporanément, sans préparation, sans prétention, au hasard même des malades qui se présentent. — *(Note de la Rédaction.)*

Digitized by Google

pothèses, mais dont il est très important de connaître la valeur au point de vue du pronostic.

S'agit-il, en pareil cas, d'une myocardite, bien distincte de celle qui apparaît au cours de la maladie, et particulière à la convalescence ? Ne s'agirait-il pas plutôt d'un trouble réflexe, survenant alors que les lésions intestinales en voie de cicatrisation, de profondes qu'elles étaient, deviennent superficielles ? Car vous devez savoir — je ne cesse de vous le répéter — que ce sont les lésions superficielles des muqueuses, beaucoup plus que les lésions profondes des organes, qui sont particulièrement aptes à engendrer des réflexes : des corps étrangers comme les vers intestinaux, des calculs, déterminant une irritation superficielle de la surface interne, soit de l'intestin, soit des voies biliaires ou urinaires, provoquent beaucoup plus sûrement et plus fréquemment, des phénomènes réflexes, que les altérations profondes, inflammatoires, ulcératives, néoplasiques de ces organes.

Mais, quoi qu'il en soit de la pathogénie de l'arythmie dont je vous parle, ce qu'il faut savoir, c'est que cette arythmie survenant dans la convalescence de la fièvre typhoïde n'a pas de gravité pronostique et qu'elle finit par disparaître, qu'elle guérit. J'ai eu notamment l'occasion autrefois d'observer sur quelqu'un qui m'était cher l'apparition de cette arythmie tardive en pleine convalescence, j'ai pu en suivre avec un soin particulier l'évolution, puis la guérison.

Sans doute, si cette arythmie est un trouble réflexe d'origine intestinale, on pourrait être tenté d'établir un rapprochement avec les syncopes survenant également dans la convalescence de la fièvre typhoïde et que certains auteurs attribuent à un réflexe dû aux lésions intestinales. Dans ces conditions, l'arythmie tardive, si elle révélait l'existence d'un réflexe, pourrait sembler avoir une valeur pronostique plus sérieuse que je vous le disais à l'instant, puisqu'elle ferait craindre la mort subite. Mais, précisément, ces morts subites ont-elles une pathogénie réflexe ? Je ne le crois pas, et je pense que derrière elles il y a quelque chose que nous ne connaissons pas. Aussi, je m'en tiens à ce que je vous ai dit tout à l'heure, à savoir : quand vous observerez deux ou trois mois après la guérison d'une fièvre typhoïde une de ces arythmies survenues dans la convalescence, vous ne devrez pas vous effrayer, et vous pourrez rassurer vos malades et l'entourage.

III. **Bronchite sèche.** — J'appelle tout particulièrement votre attention sur deux malades du service — j'en ai vu bien d'autres cas semblables en ville — qui ont de la bronchite sèche. Ces malades toussent beaucoup, mais leur toux reste sans effet, ils ne crachent pas, et souvent ils s'en plaignent. Lorsqu'on les ausculte, on constate que leur respiration a un caractère spécial de rudesse ou de sécheresse, qui donne l'impression que la muqueuse des bronches est sèche ; c'est assez difficile à décrire, c'est surtout quelque chose qu'il faut se mettre dans l'oreille, mais il y a évidemment quelque chose de réel, puisque chez ces femmes qui se trouvent actuellement dans le service j'ai pu, simplement en les auscultant, sans avoir vu le crachoir, leur dire d'avance : « Vous ne devez pas cracher. » Vous voyez, Messieurs, que je ne me suis pas trompé, et que la réponse est au fond du crachoir.

Et à ces malades on prescrit parfois de la morphine, de la belladone, qui diminuent encore les sécrétions bronchiques ! C'est dans ces cas-là qu'il faut donner de l'iodure de potassium, même à haute dose, parce qu'il s'agit d'un médicament ayant pour effet d'activer ou d'augmenter les sécrétions bronchiques. C'est la meilleure manière de calmer la toux souvent incessante de ces bronchites sèches, et chez l'une d'elles le résultat ne s'est pas fait attendre, puisque dès le lendemain de l'administration de la médication iodurée, la toux a changé de caractère, elle est devenue grasse, et elle a fini même par cesser complètement.

Formulaire du Praticien

Traitement de l'ozène

L'ozène ou rhinite atrophique est une affection chronique très rebelle qui nécessite un double traitement local et général.

A. Traitement local. — Il a pour but d'enlever les croûtes, d'empêcher leur formation et la putréfaction des sécrétions.

1° *Douches nasales*, au moyen du syphon de Weber ou d'un irrigateur, placé de 0 m. 60 à 1 mètre au-dessus de la tête. Le malade enfonce la canule de 1 à 2 centimètres dans la narine et la dirige horizontalement : Moure conseille l'emploi d'une canule coudée à angle droit. La tête est légèrement inclinée en avant et du côté opposé à celui où est placée la canule ; la bouche est largement ouverte, et même le malade peut prononcer la voyelle *a* pour favoriser le redressement du voile du palais ; il doit éviter tout mouvement de déglutition De cette façon, le liquide remplit les fosses nasales et la partie supérieure du pharynx et s'écoule par la narine opposée. On se sert généralement d'eau tiède (25 à 30°), additionnée de deux cuillerées à café de sel marin par litre. Les irrigations antiseptiques et désodorantes combattent mieux la putréfaction des sécrétions ; on peut employer : l'acide borique, l'acide phénique, le chloral, l'acide salicylique, le thymol, l'eucalyptol, l'essence de lavande, etc.; d'ailleurs, il sera bon de temps en temps de changer la formule.

La quantité de liquide à faire passer a une grande importance ; deux litres au moins seront nécessaires pour chaque douche, qu'on répétera deux fois par jour ou plus si possible.

2° Après chaque lavage, faire des *pulvérisations* avec :

Acide phénique.....	2	grammes
Résorcine.....	3	—
Glycérine pure.....	50	—
Eau.....	300	—

Digitized by Google

Ou bien introduire dans chaque narine, en inclinant la tête en arrière, gros comme un haricot de l'une des *pommades* suivantes :

Acide borique	5 grammes
Vaseline	20 —

Résorcine	1 gramme
Vaseline	10 —

Menthol	0 gr. 40
Acide borique	2 grammes
Vaseline	40 —

3° Dans certains cas, on devra toucher les points érodés, ulcéreux ou fongueux avec l'une de ces préparations : nitrate d'argent à 1 pour 15 ; chlorure de zinc (1 pour 100 à 10 pour 100) ; teinture d'iode ; acide chromique.

Les rouleaux d'ouate ou de gaze, les tubes de caoutchouc seront rejetés, d'abord parce qu'ils ne sont pas toujours tolérés et surtout parce qu'ils obstruent partiellement les fosses nasales et en gênent l'antisepsie.

On évitera les lavages au sublimé, même en solution faible, à cause de la toxicité de ce sel, et de l'irritation locale qu'il produit.

Eviter également les insufflations de poudres inertes qui favorisent l'encroûtement, et de poudres solubles dans l'eau; ces dernières ne sont pas solubles dans le mucus et se transforment en poudres inertes.

B. Traitement général. — On aura le choix entre l'huile de foie de morue, les préparations iodées, l'arsenic, le quinquina.

L'huile de foie de morue ne sera donnée que l'hiver ; si elle n'est pas supportée, elle sera remplacée par : le sirop iodotannique — deux cuillerées à soupe par jour ; le sirop d'iodure de fer — une à deux cuillerées à soupe par jour.

Le Dr Bommier conseille la formule suivante :

Sirop de gentiane	250 grammes
Iodure de potassium	4 —
Chlorhydrate d'ammoniaque	1 —

Une cuillerée à bouche matin et soir

On peut aussi donner l'arsenic sous diverses formes :

Iodure d'arsenic anhydre	solution 1/100

I à XX gouttes, suivant l'âge.

Ou bien :

Arseniate de soude	0 gr. 10
Eau distillée	300 grammes

Une à deux cuillerées à soupe par jour.

Ou encore :

Arseniate de soude	0 gr. 10
Sirop de quinquina }	àà 200 grammes
Sirop de gentiane }	

Une à deux cuillerées à soupe par jour

Si l'on soupçonne la syphilis, le traitement spécifique sera aussitôt institué. — Le Dr Bommier recommande cette formule :

Iodure d'arsenic	0 gr. 20
Biiodure de mercure	0 — 40
Iodure de potassium	4 grammes
Eau distillée	120 —

De IV à C gouttes, suivant l'âge.

Enfin, le séjour au bord de la mer, les eaux minérales sulfureuses (Uriage, Cauterets, Challes, etc.), seront d'utiles adjuvants. — J.-H. M.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Sérothérapie paradoxale. — A propos de l'article « Sérotherapie paradoxale » par le Dr Galliard, dans le numéro du *Journal des Praticiens* du 18 novembre 1899, je me décide à vous communiquer un cas de guérison en 1897 d'une bronchite pseudo-membraneuse, sans traces de bacilles de Klebs-Lœffler dans les pseudo-membranes, par une injection de vingt centimètres cubes de sérum antidiphtéritique de Roux.

Je regrette de ne pouvoir vous donner une observation bien détaillée vu l'époque éloignée de la maladie.

Il s'agissait d'une jeune fille d'une vingtaine d'années, J. C... de V... (Yonne) que j'ai soignée pour la première fois en janvier 1896 pour une pleurésie aiguë sérofibrineuse gauche traitée avec succès par une thoracentèse. L'année 1896 s'était écoulée, après cette pleurésie, dans de bonnes conditions pour la santé de la jeune fille, lorsque, en février 1897, après une semaine employée au mariage de deux de ses amies, elle fut atteinte de laryngo-trachéite suivie de bronchite grave, présentant de nombreux accès de dyspnée et faisant redouter une bronchite capillaire. L'expectoration de quelques membranes, en l'absence de ces dernières dans le fond de la gorge me fit penser à la bronchite pseudo-membraneuse d'autant plus qu'elles paraissaient moulées sur des bronches. J'envoyai quelques-unes de ces membranes à mon ami Claisse, chef du laboratoire de chirurgie à la Salpêtrière, pour en faire un examen au point de vue diphtéritique : absence de bacilles de Klebs-Lœffler, telle fut la réponse. Les accès de dyspnée devenaient de plus en plus fréquents et inquiétants pour l'entourage de la malade qui m'envoya chercher deux nuits de suite. La seconde nuit, le 22 février 1897, vu l'état alarmant dans lequel je trouvai la malade, je me décidai à faire une injection de vingt centimètres cubes de sérum antidiphtéritique à titre d'essai, ne sachant plus que faire et voulant essayer de débarrasser les bronches de ces membranes qui pouvaient amener une asphyxie fatale d'un moment à l'autre A ma grande surprise, le surlendemain de l'injection surtout, la malade expectora une grande quantité de membranes de différentes longueurs, quelques-unes de 7 à 8 centimètres : véritables tubes ramifiés entièrement moulés sur les bronches et les bronchioles. L'état de la malade alla en s'améliorant considérablement de jour en jour et elle guérit très bien de sa bronchite pseudo-membraneuse. Seulement la malade, très affaiblie par cette maladie, eut une convalescence très pénible; ses antécédents me firent craindre la tuberculose; et je pus constater des signes de tuberculose pulmonaire à marche lente. J'instituai un traitement en rapport et j'eus la satisfaction d'enrayer les progrès de la maladie. J'ai suivi de près la malade régulièrement en 1897 et en 1898. A la fin de 1898, elle s'est mariée et je l'ai revue une fois cette année : son état général s'était maintenu aussi bon. — Dr Cadilhac (Saint-Valérien).

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

La pleurésie chez les pneumoniques. — Il n'est pas rare de voir en clinique la pneumonie se compliquer de pleurésie. On donne le nom de *pleurésies parapneumoniques* aux pleurésies qui surviennent pendant le cours de la pneumonie; le nom de *pleurésies métapneumoniques* à celles qui apparaissent au décours ou après le déclin de la pneumonie.

Tandis que les pleurésies parapneumoniques sont presque toujours de nature fibrineuse ou séro-fibrineuse, les pleurésies métapneumoniques sont au contraire le plus souvent purulentes. Sur 120 pleurésies parapneumoniques, Delezenne n'a relevé que 13 épanchements purulents, et encore doit-on tenir compte du fait que beaucoup de ces pleurésies étaient sous la dépendance non d'une pneumonie franche, mais d'une pneumonie secondaire à une maladie générale comme la variole, la grippe, l'infection puerpérale. Par contre, sur 22 pleurésies métapneumoniques, Netter en compte 18 purulentes et 4 séro-fibrineuses seulement

En réalité, la distinction est moins tranchée; on peut observer toutes les variétés depuis la pleurésie fibrineuse jusqu'aux pleurésies purulentes, et suivre parfois la transformation de l'une à l'autre chez le malade.

Dans toutes ces pleurésies, la réaction de la plèvre est toujours de même nature, et ce n'est que par une question de degré qu'on distingue la pleurésie sèche qui est la règle au cours de la pneumonie superficielle, de la pleurésie séro-fibrineuse, et de la pleurésie purulente.

Nous laisserons de côté dans cette étude les pleurésies métapneumoniques pour nous occuper surtout des pleurésies parapneumoniques.

Etiologie. — Les pleurésies pneumoniques sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croirait en se basant sur la clinique. Tout foyer de pneumonie superficiel donne lieu à une réaction limitée de la plèvre, qui se traduit par un dépôt de fausses membranes fibrineuses accompagnées d'un exsudat séro-fibrineux ou purulent.

Toutefois, la pleurésie sèche n'ayant le plus souvent qu'une existence anatomo-pathologique, et la pleurésie avec épanchement séro-fibrineux pouvant seule donner lieu à des symptômes appréciables, cette dernière est la seule qui intéresse le clinicien.

La fréquence des pleurésies séreuses au cours de la pneumonie est diversement appréciée par les auteurs. Tandis que Magnus Huss et Jürgenssen les rencontrent dans la proportion de 4 à 5 0/0 seulement, Grisolle donne le chiffre de 12,6 0/0, Denstl celui de 19 0/0, Fismer celui de 15 0/0, Lemoine celui de 26,8 0/0. Ces différences tiennent peut-être à ce que les pleurésies pneumoniques se montrent surtout par séries.

La pleurésie parapneumonique peut apparaître en même temps que la pneumonie ou suivre de près le début de cette affection. L'existence en a été souvent constatée au troisième ou quatrième jour. Parfois aussi l'apparition en est plus tardive, ce qui se comprend facilement, puisque beaucoup de foyers pneumoniques sont d'abord profonds et ne deviennent que secondairement superficiels.

La pleurésie métapneumonique est habituellement rulente et bien connue dans ses diverses modalités, mais elle peut être aussi séro-fibrineuse; on la constate, soit au déclin de la pneumonie, soit après sa défervescence, dans les cas où la résolution des symptômes physiques est en retard sur celle des symptômes généraux; quelquefois même, un temps plus ou moins long après la guérison de la pneumonie; mais rien ne prouve que dans ce dernier cas, il ne s'agisse point de pleurésies tuberculeuses pour lesquelles la pneumonie a seulement servi de point d'appel.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie d'un sujet mort de pneumonie, on constate sur la plèvre viscérale des lésions qui sont en rapport avec le siège du foyer pneumonique et la durée de l'affection. La plèvre pariétale est le plus souvent atteinte de lésions semblables. A un premier stade, la plèvre au niveau du bloc d'hépatisation pulmonaire est congestionnée, dépolie, et a pris, par suite d'un dépôt de fibrine, l'aspect « en langue de chat. » A un degré plus avancé, elles est recouverte de fausses membranes fibrineuses blanchâtres, stratifiées; parfois même, si un commencement d'organisation s'est déjà produit, il y a de véritables membranes adhérentes qui peuvent atteindre l'épaisseur de 7 à 8 millimètres.

Parfois un épanchement accompagne ces lésions de pleurésie sèche.

Si la plèvre était cloisonnée antérieurement par des fausses membranes, ses deux feuillets sont séparés par un œdème gélatiniforme, blanc, jaunâtre et d'aspect aréolaire.

Si la plèvre était libre d'adhérences, un épanchement séro-fibrineux, plus ou moins abondant s'accumule dans les parties déclives de la cavité pleurale. Des plaques de fibrine transparentes et peu adhérentes se déposent çà et là à la surface de la plèvre viscérale ou pariétale.

Le liquide épanché est généralement en petite quantité; quelquefois, cependant on peut voir des épanchements aussi abondants que dans la pleuro-tuberculose primitive.

Il est clair, très riche en fibrine; assez riche également en leucocytes.

L'étude *microscopique* des altérations de la plèvre a été faite par M. Vermorel. Au début, les vaisseaux sanguins

Digitized by Google

qui occupent la couche profonde de la séreuse sont fortement congestionnés. La fibrine exsudée s'accumule à la surface de la plèvre dont les cellules endothéliales se tuméfient, se relèvent et envoient des prolongements dans la couche de fibrine. De nombreux leucocytes infiltrent le tissu conjonctif de la séreuse et les lames de fibrine.

Puis, de nouvelles couches de fibrine se constituent, repoussant les premières à la périphérie et séparées les uns des autres par des cellules dérivées du tissu conjonctif de la séreuse.

Enfin, une organisation se produit ; des néo-capillaires se forment dans la couche profonde de fibrine suivant un procédé décrit par M. Cornil, et se mettent en rapport avec les vaisseaux sanguins de la couche sous-séreuse.

Les cellules conjonctives profondes pénètrent la fibrine et s'y multiplient : une néomembrane de nature conjonctive et vasculaire s'est formée qui constitue soit un épaississement à la surface de la plèvre, soit une adhérence entre ses deux feuillets.

Les altérations de la plèvre sont comparables histologiquement à celles des alvéoles pulmonaires sous-jacents (Cornil).

Pathogénie. — La genèse de ces pleurésies a été expliquée de deux façons différentes :

1° Pour les uns (Le Damany) la pleurésie pneumonique sèche ou sérofibrineuse est causée par l'hépatisation pulmonaire sous-jacente à la plèvre. Le bloc pulmonaire agit ici comme un infarctus en produisant une irritation de la plèvre ; mais la cavité pleurale est elle-même stérile. Lorsque le pneumocoque passe dans la cavité pleurale, il peut ou bien rester inactif, ou bien déterminer une suppuration, une pleurésie purulente.

2° Pour les autres, la pénétration du pneumocoque dans la cavité pleurale est la cause efficiente des pleurésies séreuses aussi bien que des pleurésies purulentes. Ce microbe apporté par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques provoquerait une inflammation à la surface de la plèvre, de sorte que la pleurésie pourrait être considérée comme une réaction de défense de la plèvre à l'égard des microbes contenus dans sa cavité.

On a objecté à cette théorie que le liquide sérofibrineux des pleurésies pneumoniques était stérile dans la majorité des cas (Netter, Troisier, Le Damany) que les microbes trouvés dans les pleurésies séreuses n'avaient pas de rôle pathogène mais se trouvaient là à titre d'agent d'infection secondaire (Le Damany) et que les tentatives faites pour reproduire expérimentalement une pleurésie sérofibrineuse par l'inoculation intra-pleurale de divers microbes avaient toujours échoué (Vignalou, Péron).

Assurément, on ne peut plus admettre aujourd'hui l'existence des pleurésies primitives à pneumocoques, à bacille d'Eberth, à staphylocoque, etc., que M. Fernet avait tenté d'individualiser ; les inoculations ont prouvé que ces pleurésies étaient en réalité des pleurésies tuberculeuses primitives infectées secondairement.

Mais, il n'en est pas de même pour le pneumocoque isolé dans des pleurésies secondaires des pneumoniques ; celui-là possède bien un rôle pathogène ; c'est à la pénétration de ce microbe dans l'épaisseur de la séreuse qu'est due la réaction pleurale.

La nature séro-fibrineuse ou purulente de la pleurésie peut tenir à deux ordres de causes : d'une part, au degré de résistance du terrain morbide (Lemoine), ce qui expliquerait la nature purulente des pleurésies métapneumoniques évoluant sur un terrain débilité par la maladie ; d'autre part, à la virulence et aux propriétés particulières du microbe : la pleurésie purulente traduit une réaction plus intense que la pleurésie fibrineuse. D'ailleurs, il existe tous les degrés entre la pleurésie fibrineuse, la pleurésie sérofibrineuse et la pleurésie purulente ; la pleurésie ne serait même jamais purulente d'emblée et commencerait par être séro-fibrineuse, ainsi que M. Netter l'a constaté chez les enfants.

Symptômes. — La pleurésie sèche qui est la règle au cours de la pneumonie superficielle passe généralement inaperçue ; les frottements qui la révèlent sont difficiles à distinguer des râles crépitants.

Les pleurésies avec épanchement sérofibrineux se reconnaissent à une auscultation attentive par la coïncidence des signes de pleurésie à la base avec des signes de pneumonie à la partie moyenne ou au sommet du poumon. Elles deviennent surtout nettes quand le liquide augmente et que la pneumonie entre en résolution.

L'épanchement est généralement peu abondant, se produit vite et disparaît de même.

La pleurésie se localise habituellement du même côté que la pneumonie ; parfois elle siège du côté opposé ; parfois aussi elle est double.

Diagnostic. — Le diagnostic en est quelquefois difficile. La pleurésie peut être masquée par les symptômes de la pneumonie si celle-ci siège à la base du poumon. D'autres fois, les deux affections en se superposant peuvent faire croire à l'existence d'une pneumonie passive.

Il faut pour découvrir la pleurésie dès son début ausculter avec attention la base du poumon des pneumoniques.

Dans les cas douteux, une ponction exploratrice vérifie le diagnostic.

Pronostic. — La pleurésie parapneumonique avec épanchement n'aggrave le pronostic de la pneumonie que si l'épanchement est abondant et tarde à se résorber ; dans les autres cas, c'est un incident sans gravité.

Traitement. — La pleurésie sèche ne réclame aucun traitement spécial, à moins que son existence n'augmente la violence et la durée du point de côté ; en ce cas, les révulsifs, les ventouses scarifiées devront être employés.

La pleurésie sérofibrineuse guérit habituellement d'elle-même. Si l'épanchement tarde à se résorber ou s'il prend des proportions trop considérables, la thoracentèse est indiquée comme dans toute pleurésie aiguë. — E. L. M.

Digitized by Google

MÉDECINE

Le mécanisme de la résorption et de la sécrétion de l'estomac humain. — On sait depuis longtemps que l'estomac humain ne résorbe pas l'eau, et que les malades atteints d'obstruction pylorique ou d'insuffisance motrice avec dilatation souffrent de la soif la plus vive quoique leur estomac regorge de liquide. Si le clinicien ne leur permet pas de remplacer l'eau éliminée au cours des échanges nutritifs et nécessaire à leur entretien soit par les lavements, soit par des piqûres de solution physiologique, les patients desséchent et périssent. Von Méring vient d'attirer à nouveau l'attention sur ce fait (*Therapie der Gegenwart*). On devrait pourtant croire *a priori* que la paroi stomacale se comporte vis-à-vis des liquides comme les autres membranes animales; elle devrait être soumise aux lois physiques de l'osmose, à moins que quelque facteur vital ne l'y soustraie. Précisément W. Roth et H. Strauss ont fait des recherches à ce sujet dans le service du Pr Senator (*Zeitschrift f. Klin. Med.*), recherches dans lesquelles ils ont mis à profit les récents progrès que la physique a faits dans la connaissance de la tension osmotique des solutions salines ou sucrées, et des rapports de cette tension avec le point de congélation des solutions ; ces solutions sont congelées à un degré de réfrigération d'autant plus bas que leur tension osmotique est plus élevée.

Selon qu'une solution introduite dans l'estomac a une tension osmostique inférieure, égale ou supérieure à celle du sérum sanguin, on le désigne comme hypotonique, isotonique ou hypertonique. Le procédé employé repose sur l'idée suivante : une solution de tension osmotique connue est introduite dans l'estomac préalablement vidé, elle y séjourne un laps de temps connu. puis elle est retirée par un tubage et analysée. Si l'estomac se comportait comme une simple membrane une solution hypotonique devrait présenter une tension augmentée par la diffusion avec le sérum sanguin, une solution hypertonique aurait une tension diminuée, et une solution isotonique conserverait celle qu'elle avait. Or, en réalité, il n'en est pas ainsi, et les résultats de ces recherches permettent de conclure à l'intervention de trois phénomènes différents, qui sont :

1° Un échange de diffusion qui tend à équilibrer la tension osmotique du contenu de l'estomac avec celle du sang.

2° Une sécrétion de l'appareil glandulaire qui tend à abaisser la tension intra-stomacale, même à l'encontre des forces de diffusion purement physiques.

3° Une sécrétion spécifique de produits digestifs par l'épithélium (ferments, HCl).

Les solutions hypertoniques provoquent surtout les phénomènes énumérés sous n° 1 et n° 2 ; la sécrétion digestive est peu marquée ; par conséquent la solution ingérée est diluée.

Les solutions isotoniques équilibrent les tensions partielles de certains sels avec le sérum, mais l'équilibre est rapidement rompu par la sécrétion diluante, qui abaisse la tension moléculaire intra-stomacale, malgré l'opposition des forces physiques.

Les solutions hypotoniques enfin peuvent donner lieu au même phénomène ; mais d'autres fois, elles provoquent les sécrétions spécifiques, qui viennent augmenter leur concentration moléculaire (égale à la tension osmotique) et qui les rapproche ainsi de l'isotonie.

L'eau distillée est empêchée par la sécrétion diluante de pénétrer dans la circulation ; elle acquiert une faible tension par la sécrétion spécifique et par la diffusion du sérum.

L'estomac est donc un organe de sécrétion dans toute l'acception du mot, inapte pour la résorption.

En appliquant cette méthode à la clinique on trouve que la sécrétion de dilution est indépendante de la sécrétion spécifique. L'abaissement du point de congélation est d'autant moindre que l'estomac sécrète plus d'acide ; ainsi chez les hyperpeptiques, il est abaissé de 0,39, chez les hypopeptiques de 0,60 et même 0,80 ; la moyenne est entre 0,40 et 0,50. — Bd.

Altérations dentaires dans la syphilis acquise. — La question des altérations dentaires dans la syphilis héréditaire compte parmi les chapitres le mieux étudiés de la syphiligraphie. La description morphologique des variétés, leur classification en types principaux, les lésions histologiques ont donné lieu à de nombreux travaux, qui ont permis une mise au point assez poussée.

Les noms de Parrot, de Magitot, de Hutchinson, de Fournier sont attachés à l'histoire de cette étude. La signification des lésions si bien décrites et si bien classées n'a pas été comprise de même façon par les différents auteurs. Un certain nombre dénient à ces altérations toute valeur diagnostique en faveur de la syphilis héréditaire. Certains font seulement une exception pour la dent de Hutchinson vraie ; mais d'autres excluent celle-ci comme les autres altérations dentaires. C'est l'opinion de M. E. Welander (de Stokholm), qui ne voit dans toutes ces lésions que le signe d'un trouble profond de la nutrition produit par toute cause, la syphilis comprise, au moment précis de l'ossification de la dent dans le follicule dentaire contenu encore dans le maxillaire.

La syphilis acquise peut, comme la syphilis héréditaire, amener des troubles dystrophiques du côté des dents, à la condition que l'infection spécifique s'effectue dans le tout jeune âge.

Les observations qui remplissent ces conditions de précocité, quoique très rares, existent, et M. Welander en a publié une très instructive (*Nordiskt medicinskt Arkiv.*, 1895, n° 16) L'enfant qui en fait le sujet fut infecté par une femme qui l'allaita momentanément jusqu'au 8e ou 9e

Digitized by Google

mois après la naisssance. Vers 4 à 5 mois se montra la lésion spécifique, un chancre à l'anus, diagnostiquée et traitée par un médecin. Jusqu'à 8 ans il ne semble s'être développé rien de spécifique ; à 8 ans douleurs dans les membres inférieurs, disparues par l'administration de l'iodure de potassium.

A 11 ans débutent des lésions de kératite double et de périostite du tibia gauche.

La dentition est la suivante : *incisives médianes supérieures*, couronne normale, mais de couleur jaune sale, petites, courtes, amincies vers le bord libre, au bord inférieur, absence d'émail en demi-cercle, en tout semblable à la dent de Hutchinson. La dentine se voit encore et constitue le bord tranchant.

Incisives supérieures latérales : petites, déformées, triangulaires, déviées en dedans.

Incisives inférieures, toutes quatre : érosions superficielles tout le long du bord libre, érosions punctiformes de la couronne de teinte jaunâtre.

Canines : pointe sans émail, en cupule d'où surgit une pointe de dentine de couleur sale.

Prémolaires, grosses molaires : saines, point de carie non spécifique à la grosse molaire gauche.

Dans cette observation de syphilis acquise dans le tout jeune âge se trouvent décrites des lésions habituellement regardées comme plutôt propres à la syphilis héréditaire. — H. G.

Un signe nouveau pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. — Ce symptôme est d'ordre subjectif : il s'agit d'une sensation anormale qu'éprouvent les malades. Quant ils parlent fort, ils *sentent* que leur voix fait vibrer le poumon tuberculisé. Quand la conversation s'anime et qu'ils ont des éclats de voix, il en est de même, comme j'en ai observé un cas ; il en est qui cherchent à atténuer cette résonnance gênante de la région infiltrée en immobilisant le bras du côté correspondant près du tronc, d'un mouvement instinctif. N'est-ce pas là une véritable sourdine mise au thorax du côté où il vibre ?

Il faut évidemment rechercher ce signe car s'établissant insensiblement et n'étant pas douloureux, il n'éveille nullement l'attention des malades. Mais que le médecin les interroge, les oblige à s'étudier sur ce point, leur fasse faire en sa présence de fortes expirations parlées, des « hums ! » retentissants et ils reconnaîtront que les vibrations de la voix se propagent dans le poumon gauche, par exemple, tandis qu'aucune sorte de sensation n'est perçue du côté sain. L'opposition est nette Il semble au sujet que le poumon tuberculisé est seul en relation avec le larynx.

Ce signe découle logiquement de l'épaississement du parenchyme et est de même ordre que l'augmentation des vibrations et la bronchophonie. Je ferai remarquer que la constatation nette de ceux-ci n'est pas toujours contemporaine de la fine sensation de répercussion pulmonaire si précocément perçue par certains malades. Ce système était déjà très accusé chez l'un de mes tuberculeux en un temps où l'auscultation la plus minutieuse ne me permettait de décèler aucune altération morbide.

Il va de soi que ce signe a aussi sa place dans la symptomatologie des périodes plus avancées de la phtisie. Cette sensation d'ébranlement et de vibration pulmonaire est nettement ressentie en effet par la plupart des tuberculeux au deuxième et au troisième degré. Ils reconnaissent que « cela chante », suivant leur expression, dans leur poumon, lorsqu'on leur fait parler haut. J'ai tenu à signaler ici ce symptôme en vue du diagnostic précoce, parce qu'il est un « révélateur » très sensible de la maladie, précieux lorsque celle-ci débute par des noyaux centraux d'infiltration et dans tant de cas suspects où l'auscultation et la percussion ne donnent que des résultats incertains. — Dr L. Murat.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'Omphalotripsie. — La ligature et la pince à demeure appliquées au traitement du cordon ombilical n'assurent pas une antisepsie rigoureuse du cordon ; aussi a-t-on observé des accidents dus à l'infection des tissus voués à l'élimination ; ces accidents sont contagieux et ont une certaine gravité pour la mère et pour l'enfant.

C'est dans le but d'éviter ces accidents que M. Porak (1) a eu l'heureuse idée d'appliquer au cordon ombilical la méthode d'hémostase par écrasement employée déjà en chirurgie ; c'est à cette méthode qu'il a donné le nom d'*omphalotripsie*.

L'instrument dont il se sert ou *omphalotribe* est un instrument puissant, quoique ses branches jouissent d'une certaine élasticité, démontable et métallique, par conséquent facile à stériliser, commode à serrer et à desserrer, peu coûteux.

On doit procéder de la façon suivante : Dès la naissance de l'enfant, alors qu'il tient encore au placenta, nettoyer avec une solution antiseptique la portion du cordon qui avoisine le bourrelet cutané et toute la région ombilicale. L'instrument étant flambé, la vis est enlevée afin d'introduire le cordon entre les mors, puis elle est réappliquée. Le cordon est maintenu aussi près que possible de l'articulation pour que la puissance de l'écrasement atteigne son maximum

Le bord inférieur de l'instrument doit être parallèle au rebord cutané, mais celui-ci est quelquefois irrégulier, taillé en biseau incliné de haut en bas.

Le cordon peut donc par en bas échapper à l'écrasement ; pour éviter cet inconvénient, il faut prendre tout le cordon qui dépasse la peau, et pour cela, placer l'instrument dans

(1) *Bull. Soc d'Obst.*, mai 99. — Congrès d'Amsterdam, août 99.

Digitized by Google

le sens du biseau, c'est-à dire l'articulation regardant le pubis et la vis la partie supérieure du corps.

Combien de temps doit-on laisser en place l'omphalotribe? Le cordon étant sectionné au bord supérieur de l'instrument, on peut laisser celui-ci un quart d'heure, une demi-heure; on s'occupe pendant ce temps des soins à la mère et à l'enfant. Mais un aussi long temps n'est pas nécessaire et M. Porak l'enlève dès après son application ou tout au plus une ou deux minutes après; sur 500 observations, il n'a pas observé un seul cas d'hémorrhagie immédiate ou consécutive. Si d'ailleurs une hémorrhagie se produisait ou était à craindre, il suffirait de placer une pince à forcipressure et de l'enlever à la première toilette de l'enfant.

Le cordon ainsi écrasé, réduit à sa plus simple expression, ne doit avoir fourni aucun milieu de culture aux microbes et mettra la séparation entre le mort et le vif à l'abri de toute infection. On se trouve donc dans d'excellentes conditions pour faire le pansement antiseptique ultérieur du cordon. Le meilleur pansement sera le pansement au sous-nitrate de bismuth; la chute du cordon est beaucoup plus précoce qu'avec le pansement sec (ligature et pansement ouaté) et qu'avec le pansement collodionné. Celui-ci empêche la dessiccation de ce qui reste du cordon et retarde sa chute.

La dessiccation rapide du cordon constitue le meilleur gage de son antisepsie. Cette dessiccation sera obtenue à condition qu'on écrase le cordon au ras du bourrelet cutané de l'ombilic.

Cette méthode simple, facile, rapide, est à la portée de tous et peut être employée dans tous les milieux; avec elle disparaîtront les accidents observés au niveau du cordon.

Tout au plus peut-on lui objecter le pincement de l'intestin faisant hernie à travers l'anneau ombilical; mais la hernie est facile à reconnaître et l'on serait inexcusable de méconnaître la présence de l'intestin et de le pincer dans l'instrument. — J.-H. M.

DERMATOLOGIE

Traitement des angiomes par l'électrolyse. — Dans la plupart des angiomes, le meilleur traitement consiste dans l'emploi de l'électrolyse. Très efficace dans les différentes variétés de nœvi érectiles, dans les angiomes végétants profonds de la peau, l'électrolyse convient surtout dans les angiomes diffus, envahissants et volumineux, dans les angiomes artériels qui se transforment si rapidement en anévrysmes cirsoïdes, dans les angiomes variqueux, kystiques, osseux. En général, les angiomes des cavités muqueuses ou des orbites, les angiomes profonds relèvent de ce mode de traitement. Enfin, le traitement par l'électrolyse est absolument indiqué dans les angiomes de la face parce qu'il permet d'obtenir la guérison complète sans cicatrice et sans récidive.

Le traitement par l'électrolyse est encore indiqué dans tous les cas où les autres méthodes n'ont pas réussi, car il a donné des résultats favorables là où les injections coagulantes, les procédés irritants, la ligature des vaisseaux sanguins et l'extirpation chirurgicale avaient échoué.

M. Guilhard (1) vient de fixer dans une étude d'ensemble la technique de cette méthode de traitement.

L'électricité est fournie par une batterie de piles, par une batterie d'accumulateurs, ou par une machine dynamo-électrique. Les aiguilles, mises en rapport avec le pôle positif, sont fines et d'une longueur de 5 à 10 millimètres; elles sont employées nues et au nombre de 2 à 8. L'électrode négative est constituée par une plaque de zinc recouverte de peau de chamois, bien mouillée et aussi large que possible.

Il faut rapprocher autant que possible la plaque négative des aiguilles positives afin de faire ce que M. Redard appelle une électrolyse locale.

Dans ce but, on emploiera pour les angiomes du crâne une électrode négative circulaire perforée en son centre; les aiguilles positives seront enfoncées au centre.

Un galvanomètre et un rhéostat sont insérés sur le circuit.

Le sujet est bien immobilisé sur une table d'opération; on peut pratiquer l'anesthésie locale au chlorure de méthyle, bien que la douleur provoquée par l'électrolyse soit peu vive et de courte durée. Le champ opératoire est soigneusement désinfecté, les aiguilles stérilisées avec l'éther et l'alcool absolu sans flambage.

L'électrode négative est appliquée autour de l'angiome. Il est utile, si le courant employé doit être intense et passer plus de trois minutes, de placer entre la peau et la plaque une ou deux couches d'amadou mouillé afin d'éviter les escarres. Les aiguilles sont enfouies ensuite obliquement à la périphérie de l'angiome, séparées les unes des autres par une distance de 3 millimètres au moins.

On fait alors passer le courant avec précaution; dès que le galvanomètre marque 10 milliampères, on s'arrête quelques instants, puis on augmente graduellement l'intensité jusqu'à 25 milliampères environ. Si l'électrode positive est divisée en plusieurs aiguilles, l'intensité du courant peut être portée jusqu'à 30 ou 40 milliampères.

La durée totale de l'application du courant ne doit pas dépasser deux à trois minutes. Si l'on s'aperçoit que la peau blanchit autour des aiguilles, on abrège la durée de l'opération.

L'effet désiré obtenu, on ramène lentement l'aiguille du galvanomètre à zéro. On peut ensuite faire passer un courant en sens inverse de 4 à 5 milliampères, qui a pour avantage de diminuer l'adhérence du caillot à l'aiguille et d'empêcher les hémorrhagies au moment où on retire celle-ci. Les aiguilles sont enlevées doucement, sans brusquerie.

(1). Guilhard. « Etude du traitement des angiomes par l'électrolyse. » *Thèse*, Paris, 1899.

Digitized by Google

Après l'opération, la région est lavée au sublimé, et protégée par une couche de baudruche gommé humectée de liqueur de van Swieten et recouverte de stérésol.

La compression de l'angiome pendant et après l'opération est inutile.

On doit éviter les chocs sur la tumeur dans les jours qui suivent la séance d'électrolyse.

Au début du traitement, les séances doivent être répétées tous les six ou huit jours. Lorsque la coagulation complète de l'angiome est obtenue, on les espace davantage. On cesse enfin le traitement lorsque la tumeur est devenue complètement dure.

S'il persiste une coloration rouge de la peau après la guérison de l'angiome, on peut la faire disparaître en pratiquant des piqûres multiples superficielles et rapprochées avec une seule aiguille positive : le courant employé doit être seulement de 10 à 15 milliampères et passera seulement pendant quelques secondes. — E.-L M,

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'influence du café sur le système nerveux. — Le caféisme a déjà été étudié dans ce journal par O. Guelliot (15 déc. 1887), avec les différents troubles nerveux qu'il provoque : ce sont en somme des signes d'excitation des centres cérébraux et médullaires, qui apparaissent sous forme de tremblement, — tremblement pseudo-éthylique de Boucard *(Th. de Paris,* 1899), à cause de sa similitude avec le tremblement de l'alcoolique ; parfois il affecte même l'aspect de mouvements choréiques ou de contractions fibrillaires des muscles ; si les extrémités inférieures sont atteintes, la marche devient titubante. Du côté de la sensibilité, on trouve des fourmillements, de l'hyperesthésie, parfois même de vraies hallucinations du tact, comme Boucard les a constatées chez un jeune homme qui se retournait à chaque instant croyant qu'on lui touchait la nuque du doigt. La céphalée, les vertiges sont fréquents ; les étourdissements et les pertes de connaissance le sont moins, mais elles existent ; Boucard n'en a pas observé, mais Guelliot en a signalé trois cas dont l'un a revêtu une intensité toute spéciale : le sujet voyait tourner les objets, perdait connaissance et tombait. La syncope durait de une demi-heure à une heure et demie. Pendant l'attaque, le visage était pâle : il n'y avait pas d'écume à la bouche. Deux fois elle n'avait consisté que dans une perte de connaissance, mais dans une troisième il eut des mouvements hystériformes, avec tendance au déplacement. Or, Nothnagel vient de faire publier *(Wiener klin. Wochenschrift)*, l'observation suivante sous le titre : épilepsie tardive d'origine caféique, non sans analogie avec la précédente ; à Vienne, les grains de café constituent un remède populaire contre le manque d'appétit ; une femme de 44 ans avait pris peu à peu l'habitude de manger de 20 à 40 grammes de grains de café par jour et avait continué cette méthode apéritive pendant quatre ans. Alors elle fut prise de constipation opiniâtre et d'une aversion profonde contre toutes les amylacées allant jusqu'au vomissement. Peu après, elle eut une première crise nettement épileptique qui se répéta de quinzaine en quinzaine, tantôt le jour, tantôt la nuit ; elle s'accompagnait d'émission involontaire d'urine, de morsure de la langue, de chute avec blessures de la tête, de stertor, et le lendemain de courbature, de palpitations, de tremblement. On supprima le café, le thé, l'alcool, et on ordonna 3 grammes de bromure de sodium par jour ; depuis 1897 la guérison s'est maintenue.

Cette observation est curieuse, mais nous ne pouvons pas suivre l'auteur dans son interprétation pathogénique. Il parle uniquement de l'effet vaso-constricteur de la caféine, et il néglige complètement les substances aromatiques du grain de café torréfié, les huiles empyreumatiques, la caféone, les sels de potasse, l'acide cafétannique, toxiques également. Enfin il faudrait aussi tenir compte du terrain impressionné par le poison et de sa disposition à réagir par des convulsions, en un mot de ce que les auteurs français ont appelé la diathèse convulsive. — Bd.

Sociétés Savantes

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Prophylaxie des parotidites. — M. Paul Claisse. Je viens d'observer deux cas de parotidite suppurée, l'une au cours d'une appendicite, l'autre chez un urinaire. Dans ces deux cas l'agent pathogène est le staphylocoque doré qui a, d'ailleurs, un rôle prépondérant dans les infections salivaires, ainsi que nous l'avons établi avec M. E. Dupré. Ici, comme dans toutes les observations que nous avons déjà publiées, il ne peut être question de métastase et l'évolution ascendante de l'infection est indéniable, suivant la loi commune.

L'invasion du canal a été précédée par une stomatite intense, par des lésions gingivales et dentaires à évolution rapide. Ces accidents buccaux résultaient de la diminution de sécrétion salivaire, les malades étant pour des raisons différentes, condamnés à une diète absolue. Nos tentatives d'antisepsie buccale ont été peu fructueuses ; on doit d'ailleurs reconnaître que l'antisepsie radicale de la bouche est irréalisable. Au contraire, les lésions se sont rapidement amendées sous l'influence du sérum artificiel en injection hypodermique. Pour éviter la parotidite il faut donc avant tout, se préoccuper de stimuler la sécrétion salivaire.

En somme, dans certaines conditions où l'infection salivaire est particulièrement à craindre, par exemple chez les urinaires, dans la convalescence de maladies graves, pneumonie, fièvre typhoïde, etc., il faut surveiller tout spécialement les dernières molaires où se font d'abondants dépôts de tartre, capables d'irriter par frottement l'orifice du

Digitized by Google

canal de Sténon et de lui inoculer les microbes dont ils sont bourrés, enlever soigneusement ces amas ; si, malgré les lavages antiseptiques fréquents, la langue reste sèche et la gencive enflammée, je conseille d'employer le sérum artificiel et je crois qu'on pourra souvent conjurer la parotidite imminente.

Intoxication d'origine alimentaire avec érythème scarlatiniforme et fièvre intermittente. — M. Rendu communique l'observation d'un jeune homme de 19 ans, se nourrissant mal et entré dans son service avec des phénomènes généraux graves, rappelant ceux de la fièvre typhoïde. Il ne tarda pas à présenter une angine simple et une éruption symétrique, caractérisée par un érythème scarlatiniforme, limité aux extrémités des membres. Cet exanthème disparut au bout de trois jours sans laisser de traces et sans desquamer.

C'est le rapprochement de ces deux termes morbides, embarras gastrique infectieux et rash exanthématique, qui conduisit M. Rendu à éliminer dès le premier jour la fièvre typhoïde pour accepter le diagnostic d'une intoxication d'origine alimentaire. Toutefois, chez le malade, la fièvre offrit une marche différente de ce que l'on observe habituellement dans les intoxications alimentaires : elle revêtit le type nettement intermittent avec une périodicité qui rappelle, à s'y méprendre, le tableau de la fièvre tierce, chaque accès étant précédé d'un frisson et suivi d'une crise sudorale. Cependant, cet homme n'avait jamais souffert de paludisme. Ces accès disparurent complètement sous l'influence de la quinine.

De la radioscopie dans la broncho-pneumonie et la pneumonie franche des enfants. — M. Variot. La broncho-pneumonie bilatérale des enfants ne présente pas de signes radioscopiques aussi nets, aussi évidents que la pneumonie franche le plus souvent unilatérale. Une diminution de la transparence est d'une appréciation difficile ; il n'en est plus de même pour les ombres unilatérales de la pneumonie franche généralement si nettes, par opposition à la transparence normale du poumon opposé.

Les signes optiques fournis par la radioscopie dans la broncho-pneumonie sont donc d'une constatation délicate, mais ils n'en sont pas moins réels ; ils consistent dans une diminution légère de la transparence des poumons avec prédominance fréquente de cette diminution du côté où les lésions sont plus confluentes.

Ces signes radioscopiques ne paraissent pas aussi aisés à percevoir que les signes d'auscultation auxquels ils ne correspondent d'ailleurs pas. On est surpris, en effet, lorsqu'on a entendu des foyers soufflants, des bouffées de râles sous-crépitants, de ne voir sur l'écran dans la zone correspondante, qu'une transparence faiblement atténuée du parenchyme. Il n'y a pas corrélation entre les signes optiques et les signes auditifs dans la majorité des cas. — *(22 décembre).*

FORMULAIRE

Quelques formules pour la caféine

Caféine	2 grammes	
Alcool ordinaire	30 —	
Sirop simple	30 —	
Eau distillée	200 —	(Z. Petrescu)

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

Caféine	1 gramme	
Eau de menthe	100 —	
Sirop simple	30 —	(Stoïcesco)

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

Caféine	1 gr. 50	
Sirop d'éther	30 grammes	
Eau distillée	100 —	(Buiclin)

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

Caféine pure	0 gr. 10	
Cacao	0 — 50	
Sucre	1 gramme	
Extrait de viande en poudre	1 —	
Tanin	0 gr. 01	
Poudre cariopilorum	0 — 01	
Poudre de canelle	0 — 01	

Une pastille. (Zorileanu)

Caféine	0 gr. 15	
Extrait de kola	0 — 10	(Gourin)

Pour une pilule — f. s. a. 20 pilules semblables — 2 par jour jusqu'à 10 et plus. — H. G.

BIBLIOGRAPHIE

Le massage thérapeutique, par le Dr E. Hugon (Vigot frères, Paris, 1900).

Le massage, qui jouit d'une grande vogue en certains pays : Suède, Norwège, Suisse, Autriche, Allemagne et Russie, n'a pas encore pris en France une place aussi importante dans la thérapeutique. C'est pour faire connaître davantage ce mode de traitement que l'auteur publie ce travail, adressé aussi bien aux médecins qu'aux malades. Après avoir fait l'exposé de la technique opératoire et de l'action physiologique du massage ; il passe en revue une grande partie de la pathologie médico-chirurgicale, appareil par appareil, sans oublier les maladies par ralentissement de la nutrition et les intoxications, et pose, chemin faisant, les indications du massage. Il démontre l'influence de ce modificateur puissant de la nutrition, son action sur le tube gastro-intestinal, sur la circulation, sur le système nerveux, sur les sécrétions. Ce livre, d'ailleurs très intéressant, est cependant passible d'une légère critique : il est regrettable que l'auteur, avec sa compétence en la matière, n'ait pas tenu, dans le courant du livre, ce qu'on en attendait, d'après la définition donnée du massage médical, « qui s'adresse à des affections bien déterminées, dans le but de les modifier et de les guérir ».

Il ressort, en effet, de la lecture de ce travail que l'auteur n'a pas mis suffisamment en relief les indications précises du massage, qui en font, dans certains cas, un agent thérapeutique de premier ordre, et on regrette, d'autre part, qu'il n'ait pas glissé rapidement sur ceux où la massothérapie n'est qu'un traitement d'exception,

Digitized by Google

puisque, dans ce cas, il ne s'adresse pas à la maladie même, mais à certains troubles de nutrition générale accompagnant cette maladie. Cette réserve faite, cet ouvrage, dont nous recommandons la lecture, fait le plus grand honneur à son auteur. — A. P.

Petit manuel du baigneur aux eaux thermales et aux bains de mer, par le Dr Jonet (d'Ostende). A Manceaux, à Bruxelles.

Petit volume qui n'a guère la prétention d'apprendre quelque chose aux médecins; mais qui ferait très bien sur une table de salon pour charmer les loisirs des clients, quand le médecin a l'heureuse chance de pouvoir les faire attendre et de ne les appeler qu'à leur tour.

CORRESPONDANCE

L'ennui naquit un jour de l'uniformité. Il faut animer un journal par de la vie, par de la variété. C'est pour cette raison que j'ai demandé à M. le Dr Treille, sénateur de Constantine, dont plusieurs lettres ou articles ont été très appréciés de nos lecteurs, de vouloir bien nous faire l'honneur de nous promettre sa précieuse et agréable collaboration. Il s'agit, comme on le verra, de traiter des questions d'ordre général, bien négligées jusqu'à ce jour, quoiqu'elles intéressent tous les médecins. Le titre de ces articles, ou lettres *(La médecine au Parlement)* et la réponse ci-jointe d'acceptation de M. le Dr Treille expliquent suffisamment le but que nous voulons poursuivre. Cette lettre que nous insérons, n'était pas destinée à la publicité, et notre nouveau collaborateur voudra bien nous pardonner l'indiscrétion que nous commettons en la publiant. Dès aujourd'hui nous le prions d'accepter l'expression de nos plus sincères remerciements. — H. Huchard.

A M. le Dr Huchard, *directeur du « Journal des Praticiens »*

Janvier 1900.

Ce n'est pas un mince honneur que vous me faites en me conviant à entrer dans votre équipe du *Journal des Praticiens*. Je vous réponds par ce simple mot : j'accepte.

Vous avez su d'ailleurs si bien caresser et réveiller la fibre de vieux journaliste qu'il y a en moi ! Rien n'y a manqué : compliments, fleurs, guirlandes, etc. Comment résister à de pareils moyens de séduction ?

Seulement, je ne saurais m'engager à faire toujours honneur aux traites que vous voulez tirer sur moi au chapitre de l'esprit. C'est là jeu fort délicat. Il suffit souvent de s'y vouloir essayer pour ne point réussir.

Ne forçons point notre talent... le mien viendra comme il pourra.

Au surplus, je partage entièrement votre opinion sur la manière d'écrire. Je me pique d'appartenir à la République... Athénienne, et je crois que si l'on pouvait faire revivre le siècle de Périclès, ce ne serait pas un trop mauvais sort pour notre société. Jusqu'à présent, nous n'en avons pas la peste. C'est le seul point commun.

Quant au programme, il me plaît non moins. J'estime que l'on peut très bien intéresser les praticiens à ce qui se passe sur le terrain médical dans les deux Chambres. Que de sujets à traiter !... Les intérêts professionnels, la médecine militaire, l'hygiène publique avec des projets comme celui qui a trait au dessèchement des étangs des Dombes, etc. Mais, un article une fois par mois, c'est largement suffisant.

Je serai prudent comme le serpent de la médecine et je défie le lecteur le plus difficile de s'effaroucher de mes articles où la politique, la néfaste politique, sera représentée le moins souvent possible.

Le titre à adopter ? Mais l'un de ceux-ci : *La médecine au Parlement*, ou *Lettres médicales d'un parlementaire*, pourrait sans doute convenir. C'est à voir. Mais faut-il prendre la forme « Lettre » ? Vous choisirez. Avant tout ce qu'il faut retenir, c'est que je resterai toujours très parlementaire et à vous cordialement dévoué. — Dr Al. Treille.

A M. le Dr Huchard, *directeur du « Journal des Praticiens »*

N'étant pas de ceux qui s'obstinent dans leur tort, je retire de grand cœur les imputations peu aimables que je m'étais permises à l'adresse de M. le Dr Lancereaux (n° du 16 décembre du *Journal des Praticiens*).

Que voulez-vous ? J'avais été grossièrement attaqué dans une langue dépenaillée et malpropre, quelque chose comme une prose du père Duchesne faisant irruption dans la médecine.

L'article qui me visait étant anonyme, je ne pouvais m'en prendre qu'au directeur et au rédacteur en chef du journal. Du moment que M. Lancereaux, comme il veut bien me l'écrire, est hors de cause, il ne vaut vraiment pas la peine de prolonger le débat.

Un palefrenier mesure sa dose d'esprit au vocabulaire d'injures qu'il est à même de projeter. Si un journaliste médical nourrit une conception pareille de son talent, je demande à ne pas lui disputer cette vision intérieure où il se complaît.

Croyez-moi, mon cher Directeur, votre affectueusement dévoué Fiessinger.

A M. le Dr Fiessinger, *correspondant de l'Académie de médecine.*

Mon cher collaborateur,

A la suite de vos deux lettres, je voulais vous écrire incidemment sur les mœurs actuelles de certain journalisme médical. Réflexion faite, je me borne à vous remercier, à vous féliciter de l'important résultat de vos recherches sur la propagation, jusqu'ici méconnue, du cancer. Rassurez-vous deux fois : d'abord, parce que cette notion étiologique nous reviendra bientôt en honneur avec l'estampille de l'étranger, ensuite, parce qu'on ne jette jamais des pierres à un arbre sec.

Inutile d'insister... Restons inflexiblement fidèles à cette ligne de conduite : Ne jamais répondre à certaines attaques, et d'abord *ne pas les lire*; regarder, et passer son chemin, comme dit Dante.

Non te curar di lor, ma guarda e passa.

J'envoie au vaillant travailleur que vous êtes, l'expression de ma plus haute et affectueuse estime. — H. Huchard.

Hôpital Saint-Antoine. — Le Dr Béclère reprendra ses conférences de radioscopie médicale avec présentation de malades le dimanche 7 janvier, à 10 heures du matin.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur la technique de l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations annexielles (1)

Par le D J.-L. Faure, *professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux*

Je vous ai montré dans une précédente leçon comment, toutes les fois qu'on se trouve en présence de lésions bilatérales des annexes, il vaut mieux enlever, en même temps qu'elles, l'utérus toujours infecté et qui ne peut servir qu'à entretenir des douleurs et des troubles de toute sorte. Je vous ai, en même temps, donné les multiples raisons de ma conviction. Quelques jours après, je vous ai expliqué pourquoi, l'orsqu'on a décidé de sacrifier en même temps l'utérus et les annexes, il faut préférer la voie abdominale en réservant la voie vaginale aux suppurations graves, aiguës et virulentes. La voie abdominale en effet, sans être sensiblement plus grave, présente sur la voie vaginale deux avantages incontestables et dont l'importance prime de beaucoup les légers inconvénients qu'elle peut avoir : d'une part, elle permet de faire des opérations infiniment plus complètes, car, vous savez qu'il est très fréquent, après l'hystérectomie vaginale, de laisser dans le ventre des annexes malades, et, d'autre part, elle permet de s'arrêter à temps si les lésions pour lesquelles on intervient sont unilatérales, et de conserver en même temps que les annexes saines un utérus encore susceptible de remplir son rôle *physiologique*.

Je pense donc que nous sommes tous d'accord et que vous admettez avec moi que le traitement le meilleur et le plus efficace des suppurations annexielles est l'hystérectomie abdominale totale. Je voudrais, aujourd'hui, vous dire comment il faut la pratiquer, et étudier devant vous quelle est la meilleure technique qui permet de mener à bien cette opération souvent difficile.

Ce que je vous dirai s'applique surtout aux cas un peu compliqués. Dans les cas très simples, tous les procédés sont bons, et, s'il en est d'incontestablement supérieurs aux autres et qui font de l'hystérectomie abdominale une opération d'une surprenante facilité, il n'en est pas moins vrai qu'il y a plusieurs façons de l'exécuter correctement. Mais pour peu que les cas se compliquent, pour peu que les annexes soient volumineuses et adhérentes aux intestins et aux parois pelviennes, il n'en est plus de même, et il y a alors entre les divers procédés de très grandes différences au point de vue de la facilité d'exécution, à tel point que l'opération qui semble presque impraticable par certains procédés, devient possible et presque facile si l'on sait choisir le meilleur.

Pour bien comprendre quelle est le meilleur technique, il faut d'abord se rendre un compte exact des difficultés à vaincre dans cette opération. Il ne s'agit, en somme, pas d'autre chose que de séparer l'utérus et ses annexes malades des tissus et des organes avoisinants. Or, l'utérus et les annexes ne tiennent à ces tissus et à ces organes que par deux moyens d'union : l'un, très résistant, constant, fixe, toujours semblable à lui-même et anatomiquement bien défini l'insertion vaginale du col; l'autre, irrégulier, inconstant, parfois insignifiant et fragile, parfois au contraire tenace, résistant et presque invincible, les adhérences pathologiques entre les annexes malades et les organes voisins. Il y a, il est vrai, le ligament rond et le pédicule utéro-ovarien ; mais, au point de vue pratique, on peut pour ainsi dire faire abstraction de ces deux moyens d'union, tant est facile leur recherche, leur isolement et leur section.

Quant aux vaisseaux utérins, ils ne constituent pas en réalité des moyens d'union sérieux. Ils se déchirent ou se sectionnent au cours de l'opération avec tant de facilité qu'ils ne sauraient mettre un obstacle quelconque à l'extirpation des organes malades. Ils ne peuvent gêner que par le sang qu'ils donnent, et qu'il est toujours possible d'arrêter, soit qu'on recherche les utérines pour les pincer avant de les couper, soit au contraire qu'on les coupe sans s'en préoccuper autrement et qu'on mette une pince sur elles au moment où on les voit saigner. Je ne crois donc pas qu'il faille faire de la recherche des utérines et de leur ligature la manœuvre principale de cette opération. On les pince lorsqu'on les rencontre, au moment qui semble le plus favorable, avant ou après leur section ; mais il est beaucoup plus important, à mon sens, de diriger ses efforts vers les deux manœuvres capitales de cette opération : la recherche et la section du vagin d'une part, et, d'autre part, la libération des adhérences.

Nous nous trouvons ici, messieurs, en présence de deux grandes méthodes d'hystérectomie, méthodes qu'il faut bien comprendre, parceque les différents procédés qu'on a coutume d'employer gravitent pour ainsi dire autour d'elles. L'une, enlève les parties malades en les attaquant de *haut en bas*, des annexes vers le vagin ; l'autre, au contraire, les attaque de *bas en haut*, du vagin vers les annexes.

La seconde, je le dis immédiatement, est de beaucoup supérieure, parce qu'elle s'attaque d'abord à l'obstacle principal, fixe, invincible, au vagin solide et résistant, que les doigts les plus habiles ne peuvent décoller, et que les tractions les plus énergiques ne peuvent déchirer. Tant que l'insertion vaginale est intacte, il est impossible d'enlever l'utérus et toutes les manœuvres que l'on fait dans ce but, sont des manœuvres impuissantes. Au contraire, lorsque le vagin est sectionné, tout est fini, et l'utérus ne ne tient pour ainsi dire plus. Les ligaments larges et les pédicules utéro-ovariens sont, en effet, souples, plastiques ; on les saisit entre les deux doigts et, d'un coup de ciseaux, on les tranche sans difficultés. Seules les adhérences pathologiques tiennent encore ; mais on comprend que leur diversité infinie ne puisse s'accommoder de règles fixes permettant leur décollement, et la seule règle qu'on puisse

(1) Leçon clinique faite à l'hôpital de la Charité.

Digitized by Google

établir, c'est qu'il est infiniment plus facile de les décoller et de les rompre lorsque l'utérus est déjà libéré, lorsqu'il est mobile, facile à incliner en tous sens, c'est-à-dire lorsque son insertion vaginale est sectionnée et qu'on peut l'attirer facilement vers le haut en désobstruant le fond du petit bassin ; c'est encore que les annexes sont beaucoup plus faciles à décoller de bas en haut que de haut en bas, parce qu'on les aborde par l'intérieur du ligament large, au niveau duquel les adhérences sont insignifiantes ou nulles.

Je n'insiste pas davantage sur ce point; mais je vous prie, messieurs, de le bien retenir et d'y attacher toute l'importance qu'il mérite. La manœuvre principale dans l'hystérectomie abdominale totale est donc, je le répète, la désinsertion du vagin, parce que l'insertion vaginale du col est le seul moyen de fixité qui unisse sérieusement l'utérus aux organes voisins. Une fois le vagin désinséré, l'extirpation de l'utérus et des annexes n'est plus qu'un jeu, il se décolle de bas en haut avec la plus grande facilité, et se laisse enlever avec les annexes, retenues seulement par les adhérences pathologiques aux organes voisins. Je vous répète, pour n'y plus revenir, que les annexes sont infiniment plus faciles à enlever lorsqu'on les attaque de bas en haut et que la main plonge dans le fond du petit bassin pour les décoller par-dessous. L'hystérectomie abdominale pratiquée de bas en haut, après désinsertion du vagin, me paraît, en un mot, par la facilité qu'elle donne, infiniment supérieure à l'extirpation de haut en bas qui commence par décoller les annexes et garde pour la fin la désinsertion vaginale.

Cette extirpation *de haut en bas*, dont je veux vous parler d'abord pour vous en montrer les écueils, ne peut guère s'exécuter que par un seul procédé qui présente, il est vrai, de nombreuses variations de détail, assez insignifiantes et qui ne changent en rien la physionomie de l'opération. Ce procédé auquel nous donnons en France, et à juste titre, le nom de Delagenière, est d'ailleurs extrêmement simple, au moins en théorie. Il n'en est pas toujours de même en pratique.

On commence par enlever, des deux côtés, les annexes malades, en les isolant avec des pinces, en dehors au niveau du pédicule utéro-ovarien et de l'insertion pelvienne du ligament large, et en dedans au niveau de la corne utérine et du bord de l'utérus. Puis, lorsque les annexes sont enlevées, on incise transversalement le péritoine, en avant un peu au-dessus de la vessie et en arrière à une hauteur correspondante. On ménage ainsi une collerette péritonéale qui, après extirpation de l'utérus, servira à fermer le fond du petit bassin. Cette collerette doit être décollée avec le doigt aussi bas que possible, ce qui conduit au niveau des culs-de-sac vaginaux. On recherche alors et on lie les artères utérines, puis on ouvre le vagin au niveau du cul-de-sac postérieur, on le désinsère circulairement, et il ne reste plus qu'à terminer l'opération par l'hémostase et la suture du vagin et du péritoine.

En principe, rien n'est plus simple que cette opération' et en effet, lorsque les annexes sont peu adhérentes, elle ne présente aucune difficulté véritable. Mais dès que le cas devient un peu compliqué et pour peu qu'il y ait entre les annexes et les parties voisines des adhérences sérieuses, le premier temps de cette opération, l'extirpation des annexes peut présenter de très grandes difficultés précisément parce que, dans ce procédé, on se prive de la manœuvre qui facilite le plus le décollement et l'extirpation des annexes, je veux dire leur attaque de *bas en haut*, par l'intérieur du ligament large. En gardant l'utérus pour la fin, on se prive en outre de la grande commodité que procure son extirpation première, qui en laissant la place libre au milieu du petit bassin, permet à la main d'évoluer avec la plus grande facilité. Cette extirpation préalable de l'utérus est en effet très importante et dans les cas compliqués facilite beaucoup l'extirpation des annexes. C'est ce que mon collègue et ami Villar, de Bordeaux, a parfaitement compris. Il la recommande chaleureusement, et il a raison de la recommander, car dans tous les cas un peu compliqués il est réellement beaucoup plus facile d'enlever les annexes avec l'utérus que les annexes seules, à condition d'enlever l'utérus en premier lieu et de se servir de la brèche que laisse son extirpation pour manœuvrer dans le fond du petit bassin et attaquer les annexes par leur côté le plus vulnérable.

Voilà donc, Messieurs, le gros reproche qu'on peut faire au procédé de Delagenière. En extirpant les annexes en premier lieu, il court au-devant des difficultés principales de l'opération, et se prive des grandes facilités que donnent pour leur ablation l'extirpation première de l'utérus, qui permet à la main d'évoluer dans le fond du petit bassin, et l'attaque des annexes de bas en haut, qui permet leur décollement plus facile.

Delagenière, pour enlever l'utérus, qui reste seul après l'ablation des annexes, ouvre le vagin par le cul-de-sac postérieur. Lorsque les annexes n'y sont plus, cette ouverture est en général simple et facile, même sans l'aide d'une pince directrice introduite par la vulve. On peut d'ailleurs, si le cul-de-sac postérieur est trop profond ou obstrué par des adhérences, attaquer le vagin soit par le cul-de-sac antérieur, soit par le cul de-sac latéral. Cela n'a aucune importance. Mais il est certain que dans les cas compliqués et difficiles auxquels je fais surtout allusion ici, lorsque la physionomie du petit bassin est complètement modifiée par les adhérences qui l'encombrent, cette ouverture du vagin peut n'être pas très commode et peut quelquefois, surtout lorsqu'on est obligé de l'attaquer par côté, donner des craintes pour l'uretère dont il est souvent difficile, au milieu des adhérences, de déterminer l'exacte situation. Nous verrons tout à l'heure qu'il existe un procédé qui supprime complètement ces craintes relatives à l'uretère, et les difficultés possibles dans la recherche et l'ouverture du vagin.

Tel est le procédé général d'extirpation *de haut en bas*,

Digitized by Google

susceptible d'ailleurs de recevoir diverses modifications de détail, mais qui ne changent rien à sa physionomie générale.

Les procédés d'extirpation *de bas en haut* en diffèrent complètement. Ils vont au contraire s'attaquer d'abord à l'insertion vaginale du col, qui est le principal moyen d'union de la masse utéro-annexielle aux organes environnants. Puis, l'insertion vaginale étant détachée, ils enlèvent l'utérus et les annexes en les attaquant par-dessous.

De ces procédés le principal et le plus connu est celui de Doyen, qui, comme vous le savez, commence par ouvrir le cul-de-sac postérieur, puis, attirant par l'ouverture ainsi faite le col utérin, sectionne tout autour l'insertion vaginale. Dès ce moment, l'utérus ne tient pour ainsi dire plus que par les adhérences, qu'il ne reste qu'à détacher.

Le procédé de Doyen, qui, à mon avis, est parfait pour l'extirpation des fibromes, lorsque l'utérus volumineux peut se renverser sur le pubis, lorsque le cul-de-sac de Douglas est libre et très accessible, et qui permet alors d'enlever un utérus énorme en quelques minutes à peine, ce procédé est ici beaucoup moins avantageux et souvent même impraticable. C'est qu'en effet, dans les suppurations annexielles, le cul-de-sac de Douglas qui doit être libre pour la bonne exécution du procédé de Doyen, est presque toujours encombré par les annexes prolabées et adhérentes qui l'obstruent complètement et le rendent inaccessible. Dans ces conditions, il faut se livrer, pour atteindre le cul-de-sac vaginal postérieur, à un travail de décortication préliminaire des annexes, travail souvent fort long et pour lequel on rencontre les mêmes difficultés que dans le procédé de Delagénière. Si bien que, dans un grand nombre de cas, on se trouve avoir, pour ainsi dire, enlevé les annexes au moment où on aborde le vagin, en se privant ainsi des facilités que donnent pour cette extirpation des annexes, la désinsertion première du col utérin qui constitue précisément l'originalité et la supériorité du procédé de Doyen appliqué à l'extirpation des fibrômes.

De plus, pour peu que les adhérences péri-utéro-annexielles soient étendues et l'utérus immobilisé, il est très difficile, sinon impossible, d'attirer celui-ci en haut et de pénétrer dans le Douglas, même débarrassé des annexes, pour aborder le cul-de-sac vaginal postérieur et l'ouvrir.

En somme, dès que le cas est un peu compliqué, le procédé de Doyen présente de grandes difficultés, et pour l'ouverture et la désinsertion du vagin qu'on n'aborde qu'avec peine, et pour le décollement des annexes qu'on ne peut bien souvent attaquer de bas en haut, puisqu'on a été dans l'obligation de commencer par les isoler, avant même d'avoir ouvert le vagin et de faire, en réalité, une opération à peu près identique à celle de Delagenière.

Ce sont ces difficultés qui ont conduit Hartmann à modifier le procédé de Doyen et à commencer, avant d'ouvrir le cul-de-sac postérieur par isoler méthodiquement les annexes en sectionnant les ligaments utéro-ovariens. Ce n'est que lorsque les annexes ont été libérées qu'il ouvre le cul-de-sac postérieur et désinsère le vagin pour enlever en un seul bloc l'utérus et les annexes qui lui sont fixés. Ce procédé est, en somme, une combinaison de ceux de Doyen et de Delagenière, et il ne diffère guère de ce dernier que parce qu'après avoir isolé les annexes du côté externe, il ne les sépare pas de l'utérus et les conserva pour les enlever avec lui. Je sais qu'il a donné à son auteur d'excellents résultats. Je ne lui fait pas moins le reproche que j'ai fait aux procédés précédents de décortiquer les annexes de haut en bas, de se priver du secours qu'offre pour cette décortication, qui est capitale, la désinsertion préalable de l'insertion vaginale du col et l'enlèvement de l'utérus, et d'exposer le chirurgien qui recherche le vagin pour l'ouvrir, à des tâtonnements toujours ennuyeux et à des manœuvres qui peuvent ne pas être toujours innocentes.

Frappés de la difficulté qu'il y a à aborder le vagin par le cul-de-sac postérieur, certains chirurgiens, et en particulier Richelot et Jonnesco, l'abordent par le cul-de-sac antérieur. Dans les suppurations annexielles cela est en général beaucoup plus facile. Le cul-de-sac-vésico-utérin est, en effet, le plus souvent libre d'adhérences, et les trompes, presque toujours situées en arrière, dans le Douglas, ne gênent pas. On peut donc facilement refouler la vessie en bas et ouvrir le cul-de-sac antérieur. Jonnesco ne le fait qu'après avoir isolé les annexes, toujours de haut en bas, et avec les inconvénients qui s'attachent à cette façon de faire. Richelot commence, au contraire, par là et désinsère immédiatement la tranche vaginale en attirant le col en haut et en avant. Cette manœuvre est assez difficile parce que l'utérus ne bascule pas aussi facilement en arrière, qu'il bascule en avant dans le procédé type de Doyen, et il est de ce fait plus malaisé d'atteindre l'insertion du vagin sur sa partie postérieure. Mais, dans le plus grand nombre des cas, la manœuvre, quoique pénible, est praticable. Richelot décortique alors les annexes de bas en haut ce qui permet de les attaquer par le ligament large. Cela est bien, je vous l'ai déjà dit. Mais ici, la présence de l'utérus qui remplit le petit bassin, gêne les évolutions de la main chargée de décoller les annexes. Si bien que ce décollement est souvent difficile. En somme, je crois, dans les suppurations annexielles le procédé de Richelot supérieur au procédé type de Doyen, parce que, à difficultés égales dans la décortication des annexes, attaquées dans les deux cas de bas en haut, il est beaucoup plus facile d'aller ouvrir le vagin par le cul-de-sac antérieur, presque toujours libre, que par le cul-de-sac postérieur, presque toujours obstrué.

Il y a, messieurs, un procédé intermédiaire aux procédés d'extirpation de haut en bas et de bas en haut, procédé qui jouit actuellement d'une grande faveur et qui le mérite à plus d'un titre. C'est le procédé que nous appelons, en France, le procédé américain. C'est en effet un procédé intermédiaire puisque d'un côté il décortique les annexes en les attaquant de haut en bas, tandis que de l'autre côté, au contraire, il les attaque de bas en haut. A vrai dire le procédé américain type, décrit par Kelly, laisse le col uté-

Digitized by Google

rin, sans ouvrir le vagin et constitue en réalité une hystérectomie sus-vaginale. Segond l'a un peu modifié en enlevant le col.

Pour l'exécuter, on commence par sectionner le pédicule utéro-ovarien du côté droit, par exemple, puis on isole les annexes droites et on les sépare des parois pelviennes en descendant dans le ligament large, jusque sur le cul-de-sac latéral du vagin. On ouvre celui-ci soit directement, soit sur une pince directrice introduite par la vulve, et on désinsère sa moitié droite : on bascule alors l'utérus vers la gauche, on sectionne la moitié gauche du vagin, en l'attaquant par sa face muqueuse, puis on décortique les annexes gauches en remontant cette fois de bas en haut, jusqu'au pédicule utéro-ovarien qu'on pince et qu'on sectionne. Cette seconde partie de l'opération, dès la bascule de l'utérus, est en général extrêmement facile, parce que, l'utérus étant renversé, la main agit librement dans le petit bassin, et peut facilement aller décoller les annexes en les attaquant par dessous du côté du ligament large. On profite donc intégralement, du côté gauche, de l'avantage qu'il y a à décortiquer les annexes de bas en haut, et à manœuvrer dans un petit bassin privé de son utérus. Mais, si l'opération est en général extrêmement facile pour le côté gauche, il n'en est pas de même pour le côté droit où nous retrouvons toutes les difficultés qu'il peut y avoir à décortiquer les annexes de haut en bas, et pendant que le corps utérin encombre le petit bassin. De plus ce procédé ne supprime aucune des difficultés qu'on peut rencontrer dans la recherche et l'ouverture du vagin qu'il faut aborder par côté, dans une région où la situation de l'uretère est en général assez indécise.

L'opération sus-vaginale, telle que la pratique Kelly et avec lui beaucoup de chirurgiens, supprime, il est vrai, cette dernière difficulté. Mais je ne veux pas discuter ici sur les avantages ou les inconvénients de la conservation du col utérin et c'est de l'hystérectomie totale que je veux exclusivement m occuper.

Ainsi, messieurs, de tous les procédés que je viens de passer en revue devant vous, il n'en est pas un qui permette de lever facilement tous les obstacles qui s'opposent à l'extirpation de l'utérus et de ses annexes. Ces obstacles, je vous l'ai dit au début de cette leçon et je vous le répète, sont d'une part l'insertion vaginale du col, et d'autre part les adhérences pathologiques. Or, dans les suppurations annexielles aucun des procédés dont je vous ai entretenu ne permet en même temps d'aborder sûrement et facilement le vagin pour couper son insertion utérine, et de décortiquer les annexes en les attaquant par dessous et en les décollant de bas en haut après que l'extirpation de l'utérus a rendu le champ libre.

Le procédé de Delagenière décortique de haut en bas et avant l'extirpation de l'utérus qui n'est séparé du vagin qu'à la fin de l'opération.

Le procédé de Doyen n'est presque jamais exactement applicable et nécessite presque toujours, lui aussi, le décollement des annexes de haut en bas avant la désinsertion vaginale, souvent fort difficile elle-même à cause de la fixité relative de l'utérus.

Les procédés d'Hartmann et de Jonnesco décortiquent également les annexes de haut en bas et peuvent ménager quelques difficultés dans la recherche et l'ouverture du vagin.

Le procédé de Richelot, s'il décortique les annexes de bas en haut, ne donne aucune facilité pour le faire à cause de la présence de la masse utérine qui ne peut basculer et laisser le champ libre qu'après la décortication laborieuse des annexes d'un des côtés.

Enfin le procédé américain, qui me paraît le meilleur de ceux que je vous ai énumérés jusqu'ici, ne permet la décortication idéale de bas en haut, que dans la seconde moitié de l'opération, en vérité très facile. Mais dans la première moitié, il se heurte, lui aussi, aux difficultés de la décortication de haut en bas et aux ennuis que l'on peut rencontrer dans la recherche et l'ouverture du vagin dont rien ne vient montrer d'une façon précise les limites exactes et près duquel on craint toujours, surtout lorsqu'on l'aborde par côté, de rencontrer l'uretère.

Eh bien, messieurs, il existe un dernier procédé d'une extrême simplicité et qui permet, lui, d'aller toujours et en premier lieu droit à l'obstacle principal, l'insertion vaginale du col, de trouver et d'ouvrir le vagin sans aucune difficulté et sans aucun risque de rencontrer l'uretère, de sectionner cette insertion vaginale, puis de renverser l'utérus en se donnant dans le fond du petit bassin la place nécessaire pour manœuvrer facilement et pour attaquer les annexes par le ligament large, en les décollant de bas en haut, aussi bien à droite qu'à gauche. Ce procédé, je ne crains pas de le dire, accumule toutes les facilités et réalise l'idéal de la simplicité opératoire. C'est le procédé d'hystérectomie abdominale totale par *section médiane de l'utérus* que j'ai décrit il y a deux ans, et dont je vous demande la permission de vous exposer rapidement les avantages.

Je vous rappelle en deux mots la façon de l'exécuter. Le ventre ouvert, on saisit le fond de l'utérus avec deux bonnes pinces à griffes placées de chaque côté de la ligne médiane, et on attire le plus possible l'utérus vers le haut. D'un coup de ciseaux on incise alors le péritoine au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin et on refoule la vessie aussi bas que possible de façon à arriver approximativement au-dessous du col utérin. Avec de forts ciseaux droits on sectionne alors l'utérus sur la ligne médiane du haut en bas, du fond vers le col. Si l'on a soin de se guider sur la cavité utérine, on arrive en quelques coups de ciseaux jusque dans le vagin qui se trouve ouvert en avant et en arrière sur la ligne médiane. J'ai l'habitude de saisir alors les tranches vaginales antérieure et postérieure avec des pinces appropriées, qui ne dérapent jamais et sont très utiles pendant le reste de l'opération pour retrouver le vagin, rechercher les utérines, faciliter les ligatures, etc.

Digitized by Google

L'utérus se trouve alors divisé en deux moitiés sur toute la hauteur, y compris le col dont on aperçoit en général les deux moignons avec la plus grande netteté.

Une bonne pince à griffes vient alors saisir la moitié cervicale droite et l'attire vers le haut. Sous l'influence de cette traction qu'il ne faut pas craindre de faire énergique la moitié droite du vagin qui s'insère sur le col se tend. En quelques coups de ciseaux courbes qui viennent l'aborder par sa face muqueuse on sectionne la paroi vaginale. Le col se laisse alors attirer plus haut encore. L'artère utérine est alors sectionnée, ou pincée, si on ne l'a déjà fait, et en tirant toujours vers le haut sur la pince qui tient le col, on déroule pour ainsi dire l'utérus et on le renverse vers le haut en s'aidant de la main gauche qui manœuvre facilement et librement dans le fond du petit bassin, grâce à la brèche que donne l'hémisection de l'utérus. On coupe ou on déchire le ligament rond, et on n'a plus qu'à vaincre les adhérences des annexes avec les organes voisins. Sans doute il peut y avoir alors des difficultés considérables suivant l'importance de ces adhérences. Mais comme on peut attaquer les annexes par dessous, j'affirme qu'on a beaucoup plus de facilité à les décoller que lorsqu'on les aborde par dessus, et les choses se passent ici comme dans le second temps du procédé américain, après renversement de l'utérus.

Lorsque les annexes sont décortiquées et isolées, elles *ne tiennent* plus que par le pédicule utéro-ovarien qu'on tranche d'un coup de ciseaux.

Les annexes droites sont ainsi enlevées avec la moitié utérine à laquelle elles sont fixées. On répète à gauche la même manœuvre, traction du col vers le haut, désinsertion vaginale, décollement et renversement de la moitié utérine, décortication des annexes, et l'extirpation de la masse utéro-annexielle se trouve terminée. On n'a plus qu'à achever l'opération et à faire l'hémostase, la suture du péritoine et le drainage suivant ses goûts et ses habitudes.

Dans les cas ordinaires et même dans des cas compliqués, ce procédé permet d'enlever l'utérus et les annexes avec une facilité surprenante. Il présente, en effet, sur tous les autres procédés des avantages évidents dans les deux temps principaux de l'opération, la désinsertion du vagin et la décortication des annexes.

Pour la désinsertion du vagin, il est impossible de n'être pas frappé de la facilité qu'il donne. Et d'abord il supprime toutes les hésitations, toutes les difficultés qu'il peut y avoir dans la recherche et l'ouverture de ce canal. En se guidant sur la cavité utérine que permet de découvrir le premier coup de ciseaux donné sur le fond de l'utérus, on est en effet conduit directement, sûrement et pour ainsi dire fatalement dans le vagin. On ne peut pas arriver ailleurs. De plus, loin de risquer de s'égarer sur les côtés vers l'uretère, on arrive exactement sur la ligne médiane, toujours au même point, loin des uretères qu'on ne peut blesser. Cette facilité extraordinaire dans la découverte et l'ouverture du vagin n'est pas le seul avantage. La traction vers le haut du col hémisectionné permet, en effet, d'aborder la tranche vaginale par sa face muqueuse et de l'inciser pour ainsi dire à ciel ouvert en se rendant un compte exact de ce que l'on fait, ce qui n'arrive pas toujours, loin de là, lorsqu'on commence la désinsertion vaginale par le cul-de-sac postérieur ou par le cul-de-sac latéral, de l'extérieur du vagin vers l'intérieur. De plus, la direction même de la traction exercée sur le col éloigne celui ci et par conséquent son insertion vaginale de l'uretère. Celui-ci reste en bas et en dehors, tandis que l'insertion vaginale du col est attirée en haut et en dedans. Les ciseaux s'éloignent donc au maximum de l'uretère qui n'a plus pour ainsi dire aucune chance d'être blessé.

Pour la séparation des adhérences et la décortication des annexes, les avantages ne sont pas moins grands. La brèche ouverte dans le petit bassin par l'hémisection de l'utérus et le renversement de chaque moitié permet à la main d'évoluer avec la plus grande facilité et d'aller prendre les annexes par-dessous par l'intérieur du ligament large. On les déroule ainsi beaucoup plus facilement. Sans doute dans les cas compliqués, on peut avoir des difficultés et même des accidents. Mais j'affirme que d'une manière générale ces difficultés sont beaucoup moins grandes que lorsqu'on aborde les annexes directement par en haut, et dans un bassin dont la partie centrale est remplie par l'utérus.

Il suffit d'avoir fait une seule fois cette manœuvre pour se rendre compte de l'aisance avec laquelle on peut ainsi décortiquer des annexes qu'on ne sait par quel côté prendre lorsque l'utérus est encore en place. D'ailleurs, je ne suis plus seul à être de cet avis et mon ami Francois Villar, de Bordeaux, auquel la technique moderne est redevable de nombreux perfectionnements qui témoignent d'un excellent esprit chirurgical n'a pas craint de s'en expliquer publiquement au dernier congrès de chirurgie avec une éloquence et une chaleur dont je tiens à le remercier.

Dans les cas compliqués, lorsque le petit bassin tout entier est rempli d'adhérences qui unissent l'utérus et les annexes aux intestins et aux parois pelviennes, lorsqu'on ne sait en réalité par où commencer à attaquer les annexes, qu'il est même souvent impossible de distinguer, l'hémisection de l'utérus permet de mener à bien et quelquefois facilement, des opérations qui semblent impraticables par tous les autres procédés. Le plus difficile est parfois de découvrir le fond de l'utérus. Lorsqu'on le tient, rien n'est plus simple que de gagner le vagin, en passant au centre même du bloc utéro-annexiel, à travers l'utérus lui-même, en un point où la voie est toujours libre, et où grâce à la présence de la cavité utérine, il est impossible de s'égarer.

Le vagin sectionné, l'utérus renversé, on sera même souvent étonné de la facilité avec laquelle s'énucléeront des annexes qui semblaient presque inaccessibles mais dont on triomphe facilement en les attaquant par dessous.

D'ailleurs, dans certains cas exceptionnellement compliqués, rien n'empêche de renoncer au besoin à l'hystérectomie totale et de pratiquer tout simplement l'*hystérectomie*

Digitized by Google

supra-vaginale. Il suffit, au lieu de conduire l'hémisection utérine jusque dans le vagin, de l'arrêter au-dessus du col. Un coup de ciseaux de dedans en dehors, de la cavité vers le bord de l'utérus permet de trancher la moitié utérine au niveau de l'isthme. On la renverse comme s'il s'agissait de la moitié tout entière et on peut encore, comme dans l'hystérectomie totale, attaquer les annexes par dessous en profitant de la place laissée libre au milieu du petit bassin.

L'hémisection utérine donne donc également de très grandes facilités pour pratiquer l'hystérectomie supra-vaginale que préfèrent beaucoup de chirurgiens. Elle est même plus facile encore que l'hystérectomie totale puisqu'il n'y a pas à pratiquer la désinsertion vaginale, et elle présente sur tous les autres procédés l'avantage de faciliter la section transversale de l'utérus qu'on tranche exactement où on veut et à coup sur, puisqu'on l'attaque du côté de sa cavité, et de permettre des deux côtés la décortication des annexes de bas en haut.

L'hémisection utérine présente donc de très grands avantages, aussi bien dans l'hystérectomie totale que dans l'hystérectomie supra-vaginale ou sub-totale, et elle rend cette opération si aisée qu'il est permis d'affirmer qu'en général il est plus facile par ce procédé d'extirper les annexes avec l'utérus que les annexes seules.

Tels sont, Messieurs, les avantages de ce procédé. Il n'est passible que d'une seule objection et on n'a pas manqué de la lui faire.

L'ouverture de l'uterus, et d'un uterus souvent infecté est une cause d'infection possible. Ce serait là, au dire de certains chirurgiens, un inconvénient très grave et qui suffirait à faire rejeter ce procédé.

Je ne crois pas, pour ma part, qu'un léger degré d'infection soit bien à craindre dans le fond du petit bassin où on n'opère jamais en milieu aseptique, car ni le vagin ni les mains, ni les trompes ne sont jamais parfaitement stériles, n'ayant été que je sache, ni bouillis, ni passés à l'étuve. Je crois en outre que si l'ouverture de la cavité utérine, peut parfois devenir une cause d'infection, elle évite très souvent cette infection que l'on redoute tant en permettant, par les facilités qu'elle donne, d'enlever les trompes sans les crever comme il arrive trop souvent. Je ne veux pas discuter sur ce point où on ne peut faire que des hypothèses, et j'admets que la cavité utérine soit toujours infectée. Je prétends seulement qu'on peut très facilement supprimer les risques qu'elle fait courir en la stérilisant d'une manière absolue.

Il suffit en effet de la toucher au thermocautère.

Pour que cette cautérisation soit parfaite et qu'on ne puisse douter de son efficacité, j'ai prié M. Collin, dont vous connaissez tous l'inépuisable complaisance, de me faire une lance de thermocautère longue de huit ou dix centimètres et épaisse de cinq ou six millimètres.

Dès le début de l'hémisection, dès le premier coup de ciseaux qui coupe l'utérus sur une hauteur de 15 à 20 millimètres, j'ouvre à peine le fond de la cavité utérine. J'y introduis alors mon thermocautère que j'insinue dans les cornes utérines et que j'enfonce tout entier dans la cavité jusqu'au niveau du col, en frottant énergiquement et à plusieurs reprises sur toute sa hauteur la muqueuse utérine.

La muqueuse est ainsi complétement détruite au fer rouge, sur toute son étendue, dans toute son épaisseur, et il est évident que la cavité utérine se trouve dès lors stérilisée et aussi aseptique que peut l'être un organe quelconque, plus stérile certainement que le vagin, les trompes et les mains de l'opérateur.

Il me parait donc certain qu'après qu'on lui a fait subir ce traitement énergique et qu'il faut faire de parti pris, elle ne saurait devenir une cause d'infection quelconque et que l'objection qu'on a pu de ce chef faire à mon procédé se trouve absolument détruite.

Il est évident qu'à défaut de la pointe spéciale que j'ai fait faire, une lame ordinaire de thermocautère permet, bien qu'un peu moins commodément, de stériliser parfaitement la cavité utérine, mais je ne saurai trop sous ce rapport, conseiller d'employer une lame longue analogue à celle que j'ai fait construire.

J'ai fini, Messieurs, et je m'excuse d'avoir été peut-être un peu long, mais j'ai pensé que la question valait la peine de vous être exposée complétement. J'ai tâché de vous faire toucher du doigt les obstacles à vaincre et par cela même de vous faire comprendre la meilleure façon de le faire. J'espère vous avoir convaincu. Pour moi, je le suis sincèrement, profondément, et si je crois pouvoir vous affirmer que dans les suppurations annexielles, le meilleur procédé est celui que je viens de vous décrire, ce n'est pas, croyez le bien, par amour propre d'auteur, mais par ce que l'expérience me l'a démontré. Un avenir prochain se chargera, je l'espère, de me donner raison.

LA MÉDECINE AU PARLEMENT

L'affaire de Beaujon

Les femmes, on le sait de reste, font marcher, au gré de leurs caprices ou de leurs volontés, les hommes au-dessus de 40 ans, — soyons discrets! — qui siègent au Luxembourg. Je vous en fournis un nouvel exemple.

Un beau matin, vers les ides de décembre, je trouvai dans la *Fronde*, journal gouvernemental malgré son titre, — et l'on prétend que les femmes sont ingouvernables! — une note qui ne laissa pas de me troubler. Elle nous apprenait, au milieu de rires étouffés, que les cambrioleurs de Beaujon étaient parfaitement connus, mais qu'on se garderait bien de les poursuivre, car ils étaient apparentés, qui à un sénateur, qui à un député. « Tant pis pour le gouvernement, me dis-je aussitôt. Les frondeuses l'ont voulu, nous aurons le « déballage » complet, pour l'honneur même du Parlement. »

Et c'est de là que vint d'abord mon intention d'interpeller à propos du cambriolage de Beaujon. Cherchez toujours la femme!

Mais, d'autre part, depuis tantôt quinze jours que l'on avait

Digitized by Google

thermo-cautérisé, avec la sûreté que l'on connaît, et azoticoté les urnes, l'on voyait poindre à l'horizon de grosses polémiques. On commençait à se jeter les coupables à la tête dans les camps opposés; il fallait en avoir le cœur net et connaître l'exacte vérité.

Enfin, brochant sur le tout, les révélations les plus inattendues produisaient un peu partout, — et spécialement dans nos écoles et Facultés de province, où sont nombreux les anciens internes des hôpitaux de Paris, — une émotion inusitée. Le cambriolage de Beaujon n'apparaissait dès lors que comme un épi, très phénomène sans doute, mais ce n'était en somme qu'un épiphénomène dans les fastes du concours de l'Internat. On nous parlait de fraudes constantes, invariables..... Le plus gravement informé de tous les journaux, le *Temps*, nous représentait M. Brouardel donnant, au nom de la Faculté, un formidable coup de dent aux Hôpitaux, en tenant, avec un parfait scepticisme, un langage qui équivalait à dire : « Ah! mes enfants, de mon temps... ça n'était pas différent. »

De son côté, le président du Conseil municipal, M. Lucipia, nous montrait la salle Saint-Jean comme un vaste tripot de copie, comme une sorte d'hôtel de Pensylvanie énorme, où le coup de pouce facultatif corrigeait les infidélités ou défaillances de mémoire.

On voit d'ici tout le thème de l'interpellation que je me proposais de développer, et j'avoue qu'il m'aurait été agréable de voir mon excellent collègue, M. Léon Labbé, intervenir, comme il me l'avait dit, dans le débat, et couvrir, — au nom de la chirurgie conservatrice qui ne perd jamais ses droits, — l'aimable doyen de la Faculté, en déclarant que le langage qu'on lui avait prêté n'était pas du tout dans sa pensée. D'ailleurs, M. Brouardel a eu soin de *faire lui-même*, depuis, la rectification.

J'aurais eu aussi quelque velléité, j'en conviens, de rechercher si l'on ne pourrait pas apporter des modifications à la nature et au mode d'épreuves de ce concours, qui a fait, dans des journaux dirigés par des anciens internes même de Paris, l'objet de critiques très vives et variées.

En ma qualité d'ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, le seul titre auquel je tienne vraiment, beaucoup, énormément, j'aurais voulu demander si l'on ne pourrait pas organiser, comme chez nous, en ce temps-là, quelques épreuves pratiques, cliniques, où l'on voit mieux en lumière le candidat, l'homme tout entier. Elles avaient, dès le début de notre carrière, l'avantage d'aiguiser nos facultés personnelles, notre sagacité. J'attribue en grande partie à cet entraînement primordial mon évolution scientifique ultérieure, ma libération des langes de l'Ecole, qui m'a conduit à retrouver des vérités, perdues depuis que Torti, le gâte-sauce du quinquina, était passé par là, ou à fixer des principes si simples, si clairs, que je puis dire aujourd'hui, avec l'assurance d'un homme qui a tous les atouts dans son jeu : « fini le Paludisme ! » Adieu la terreur de la fièvre et le bloc « paludéen ! »

Mais, en fait de malaria (1), il est temps de revenir à celle de Beaujon.

... Vous savez ce qui s'est passé. Le Sénat ne s'est réuni que huit jours après que j'avais lancé ma demande d'interpellation. Celle-ci s'est trouvée prise, — encore une victime de la Haute-Cour! — entre les douzièmes provisoires, les crédits supplémentaires et une question primant la mienne. J'étais télescopé ! Le gouvernement y a mis d'ailleurs des formes.

Sur le coup de huit heures moins dix, le girondin ministre de la justice est venu me présenter tous les regrets du Président du Conseil... qui ne demandait pas mieux que de voir détourner ce calice. J'en suis pour une interpellation rentrée. Ce n'est pas moi qui mourrai jamais de ces choses-là.

La décision du ministre de l'intérieur a paru et, dussé-je passer pour une fois — oh! combien! — pour un flagorneur du pouvoir, je dirai que je ne puis que lui donner mon approbation.

Elle est conforme aux vues que quelques-uns de mes collègues et moi avions échangées dans les couloirs du Sénat, car, tout bien considéré, et pour des raisons indiquées dans l'exposé du ministre, il était impossible de faire recommencer tout le concours.

J'avais même suggéré que les victimes de l'acide azotique pourraient bénéficier de quelques places supplémentaires, à eux expressément réservées, confiant dans l'immanente justice pour que les cambrioleurs n'en profitassent pas. Si donc cette opinion, répercutée par les échos de couloirs, a pu être pour quelque chose là-dedans, j'en suis fort aise.

Seulement, je n'ai pas entendu que l'on fît, de cette seconde série, des internes d'un ordre différent, n'ayant pas les mêmes droits que les autres, comme qui dirait des internes hypo-azoteux.

Dans quel appareil fera-t-on concourir les 78? A défaut de la fameuse salle de l'Hôtel de Ville, les mettra-t-on comme des petits Saint-Jean, après s'être assuré qu'ils n'auront conservé de tuyaux nulle part? On ne saurait dire au juste, mais on a l'air de vouloir, cette fois, faire bonne garde.

Quant aux cambrioleurs, pas de nouvelles, par conséquent bonnes nouvelles pour eux. Ils se promènent, en sifflotant tranquillement la célèbre valse.

A la première fête que pourront organiser Messieurs les Internes des Hôpitaux, un numéro qui ne manquerait pas de faire prime serait le nocturne de Beaujon.

Les cambrioleurs, arrivant en musique à la salle désormais légendaire des gardiens et brancardiers, prieraient poliment ceux-ci de vouloir bien se retirer. Au son des accordéons, mandolines, guitares et autres instruments de nuit, ils développeraient, sans trop se presser, leurs flacons, entonnoirs, vrilles et thermo-cautères, et, planant sur le tout, devenu l'ange gardien des anarchistes et des cambrioleurs, le Gouvernement tiendrait... la chandelle.

Dr Alcide Treille, *sénateur*.

(1) Les idées un peu... révolutionnaires de notre très distingué collaborateur sur la malaria et le quinquina, ne sont certes pas partagées par beaucoup de médecins; elles n'engagent que leur auteur et nullement la responsabilité du *Journal des Praticiens*. (*Note de la Rédaction.*)

Formule pour l'administration de la paraldéhyde comme narcotique. — On l'administre à la dose de 2 à 6 grammes; pour masquer sa saveur désagréable, on l'incorpore dans une potion aromatisée :

Paraldéhyde	2 grammes
Teinture de vanille	XX gouttes
Sirop de laurier-cerise	30 grammes
Eau de tilleul	70 —

Ou dans un élixir :

Paraldéhyde	10 grammes
Alcool à 90°	48 —
Teinture de vanille	5 —
Eau	30 —
Sirop simple	60 —

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

MÉDECINE INFANTILE

Diagnostic précoce de la rougeole. — Il est de la plus grande importance pour la prophylaxie de la rougeole de pouvoir diagnostiquer cette maladie avec certitude et aussi rapidement que possible.

Outre les symptômes classiques, un certain nombre de petits signes ont été indiqués qui permettent le diagnostic de la rougeole à la période d'invasion. Tels sont : l'érythème tacheté du voile du palais sur lequel insistent avec tant de raison Sevestre et d'Espine, et qui est très fréquent un ou deux jours avant l'éruption; la stomatite érythématopultacée de Comby qui est presque constante ; le signe de Koplik qui vient de faire l'objet d'une étude récente de Rolly (*Munchener Medicinische Wochenschrift*, 1899, n° 38) ce signe s'observe dans la moitié des cas; il précède l'éruption de 6 heures à 4 jours et persiste pendant deux à six jours; il est spécial à la rougeole et occupe la face interne des joues à la hauteur des molaires, quelquefois la face postérieure des lèvres ; jamais il n'existe sur le voile du palais, la voûte palatine ou la langue. Il est formé par des taches qui ne dépassent pas au début le volume d'une tête d'épingle et se présentent sous forme de petits points arrondis, nettement délimités, légèrement saillants, de couleur bleuâtre, entourés d'une aréole rouge, leur nombre varie de 6 à 20; jamais ils ne deviennent confluents. Plus tard, ces points deviennent plus volumineux, plus saillants, les bords perdent de leur netteté, l'aréole inflammatoire se dessine plus fortement. A la fin, les taches pâlissent et disparaissent sans laisser de traces.

Le signe de Bolognini n'est pas constant et se retrouve dans toutes les diarrhées Il consiste en une sensation de froissement à la palpation de l'épigastre et se produit dans l'intestin et non dans le péritoine comme on l'avait cru d'abord.

Grâce à ces signes, on peut diagnostiquer la rougeole à la période d'invasion. Mais, à cette époque, il est souvent déjà trop tard, car le morbilleux étant principalement contagieux à la période des catarrhes, a pu déjà communiquer la maladie s'il n'a point encore été isolé. Il importe donc de pouvoir prédire l'apparition de la rougeole chez les enfants suspectés de contagion avant la fièvre et avant les catarrhes.

H. Meunier a déjà indiqué un signe qui permet ce diagnostic : c'est la diminution du poids, indépendante de tout symptôme morbide, qui précède l'invasion de la maladie (*Gazette hebdomadaire*, 6 novembre 1898).

Sur 45 cas, Meunier a constaté quarante-trois fois l'abaissement du poids ; mais 15 de ces cas doivent être éliminés à cause des associations morbides diverses qui pourraient fausser les résultats ; les 30 autres concernent des rougeoles pures.

L'abaissement du poids du corps se manifeste vers le quatrième jour de l'incubation, s'accentue pendant les jours suivants et continue jusqu'à l'apparition des signes morbides. Le phénomène devient frappant si on dresse la courbe des poids et si on compare la courbe normale d'accroissement et la courbe descendante de la période d'incubation.

La chute de poids se manifeste toujours avant la période d'invasion et précède la fièvre de cinq à six jours. Elle atteint une valeur moyenne de 310 grammes (62 grammes par jour) et oscille entre 90 et 700 grammes.

Le phénomène indique que l'organisme est déjà troublé pendant la période d'incubation et que la fièvre n'est pas la première réponse à l'infection. D'ailleurs l'examen du sang dénote également de profondes altérations à la période d'incubation.

Combe (*Archives de médecine des enfants*, juin 1899), vient de tirer de l'étude de la leucocytose chez les morbilleux un nouveau signe utile pour le diagnostic.

Pendant la période d'incubation, un ou plusieurs jours avant l'apparition des catarrhes, alors que la température est encore normale et le sujet en bonne santé apparente, le nombre des leucocytes s'accroît et devient double ou triple de ce qu'il était les jours précédents ; l'accroissement du nombre des leucocytes est dû aux polynucléaires.

A la période d'invasion, en même temps que la température s'élève, le chiffre des leucocytes décroît progressivement et rapidement, et l'hyperleucocytose de la période d'incubation fait place pendant les derniers jours de la période d'invasion et les premiers jours de la période d'éruption à une hypoleucocytose remarquable : le nombre des leucocytes n'atteint plus que la moitié du chiffre normal et cette diminution se fait aux dépens des polynucléaires, le nombre des lymphocytes restant invariable.

Enfin, pendant les derniers jours de l'éruption, le chiffre des leucocytes se relève et revient progressivement à la normale.

La leucocytose ne permet pas seulement de faire le diagnostic de la rougeole à une période précoce, elle sert encore à prévoir les complications. Celles-ci sont annoncées, même avant qu'aucun symptôme physique se montre, par une augmentation excessivement rapide du nombre des leucocytes polynucléaires; la réaction est très sensible : une simple bronchite, une conjonctivite, une otite suffisent pour la produire.

Une sorte de leucopronostic peut encore être tiré de l'étude des variations numériques des globules blancs dans la rougeole. Une hypoleucocytose trop considérable ou de trop longue durée a semblé à M. Combe être d'un mauvais

Digitized by Google

pronostic ; il semble y avoir un rapport entre l'hypoleucocytose et la réaction diazoïque d'Ehrlich.

Ce procédé de diagnostic et de pronostic de la rougeole qui nécessite des recherches de laboratoires longues, multiples et minutieuses, donne des renseignements scientifiques intéressants sur l'évolution de la rougeole, mais il n'est point destiné à devenir un procédé clinique. — E.-L. M.

MÉDECINE

Deux cas d'angine pneumococcique simulant la diphtérie. — M. le Dr Tronchet (de La Rochelle) rapporte, à la Société de médecine de La Rochelle, les deux observations suivantes :

I.— G..., âgé de 4 ans, est malade depuis 4 jours; les parents se sont aperçus qu'il avait mal de gorge, de la fièvre et de l'abattement.

Je vois cet enfant le 5e jour après le début de la maladie : il a encore de la fièvre; il est rouge de figure, assez congestionné, mais n'a aucune plaque sur le corps ; sa température est de 38°5 ; il tousse à peine et un peu sec; il n'y a aucun râle de bronchite.

Dans la gorge, en revanche, il y a sur une amygdale un exsudat pseudo-membraneux, de couleur blanc sale, rappelant l'aspect de la plaque diphtéritique; gonflement des ganglions maxillaires. J'ordonne le régime lacté, une potion au chlorate de soude et des badigeonnages à l'acide lactique et glycérine.

Le lendemain et le surlendemain, même état. Le 4e jour, la fièvre est à 38° ; la plaque a diminué d'étendue ; les ganglions sont moins gros ; l'enfant est moins prostré.

Le 5e jour, il demande à manger. Le 6e, la plaque a diminué de moitié. L'état général est allé ensuite s'améliorant, la température n'atteignant plus que 37°8, puis 37°6 ; la plaque a mis cependant près d'une quinzaine de jours à disparaître complètement; il n'y a jamais eu ni signe d'œdème ni albuminurie.

II.— B...,6 ans,est prise de fièvre et mal de gorge le 24 décembre 1898 ; je ne suis appelé que le 30 décembre, alors que l'enfant a déjà le cou assez gros et qu'il apparaît sur l'amygdale gauche un exsudat suspect; la fièvre est élevée, elle dépasse 39°.

Le 31 décembre, la plaque ne paraît pas s'être étendue davantage.

Le 1er janvier et le 2, par la faute des parents, il m'est impossible de voir l'enfant. Le 3, je peux pénétrer dans la maison, et en examinant cette petite fille, je vois que la plaque amygdalienne a un peu diminué, mais qu'il existe quelques îlots parsemés à la base de la luette; de plus une toux coqueluchoïde à timbre éclatant se montre pendant ma visite, et la quinte est si longue que l'enfant en perd presque haleine Il n'y a cependant rien dans les bronches, et ce n'est que le 10 janvier que la bronchite s'est traduite à l'auscultation par quelques râles disséminés; la toux de coqueluche continue toujours.

Les 12 et 14 janvier, la bronchite s'accentue; en même temps l'enfant qui a été soumise au régime lacté, urine peu; la plaque diphtéroïde de l'amygdale a diminué, mais, depuis le 8, la luette est complètement encapuchonnée; le 12, deux petites plaques apparaissent de chaque côté du frein de la langue. Le 13, la bronchite a déjà envahi les petites bronches et menace de devenir capillaire. Enfin, le 18, on constate un beau souffle pneumonique dans la fosse sous-épineuse gauche. Ce souffle a persisté longtemps, au moins une dizaine de jours; la respiration grésillait; la petite malade avait la figure bouffie, les lèvres violettes et l'oppression était manifeste; en même temps, peu d'urine.

A partir du 25 janvier, les plaques de la luette diminuèrent; les quintes de toux furent moins longues, l'enfant respirait mieux; le souffle persistait malgré l'enveloppement à la serviette mouillée et le taffetas gommé.

Enfin, à partir du 30, il y eut une vraie détente, moins de fièvre, moins de cyanose, moins de quintes de toux, moins de souffle pneumonique.

Le 3 février, il restait à peine de traces de deux petites plaques de chaque côté du frein de la langue; le capuchon de la luette avait disparu depuis le 24 janvier.

Actuellement, 5 février, l'état général de l'enfant est meilleur : comme régime, elle ne prend que du lait; comme traitement, elle elle a pris du bromoforme, de la créosote, du carbonate d'ammoniaque.

L'examen microscopique des exsudats a été fait avec beaucoup de soin par M. Eury, qui n'y a découvert que des pneumocoques ; l'allure de la maladie, sa marche plutôt lente avait fait écarter, dès la première semaine, l'idée de la diphtérie ; la bactériologie en montrant des diplocoques encapsulés a bien nettement confirmé l'idée clinique.

MÉDECINE MILITAIRE

Les empoisonnements alimentaires dans l'armée

Les cas d'intoxication alimentaire se sont récemment multipliés dans l'armée, aussi tous les travaux intéressant cette question doivent-ils éveiller l'attention des médecins et des hygiénistes.

Bénignes en général, ces intoxications nécessitent souvent une longue convalescence et parfois même la mort termine la scène.

Le plus souvent, ce sont les viandes de conserve qu'on accuse dans ces épidémies, mais ces accusations ne sont pas toujours fondées sur d'irrécusables preuves ; car, d'une part, rarement les soldats consomment exclusivement de la viande de conserve et font presque toujours alterner un repas de viande fraîche et un repas de viande de conserve, et, d'autre part, les accidents éclatent dans des limites de temps trop variables de une heure à 30 heures et même plus, pour qu'on puisse affirmer si c'est le repas du matin ou du soir qui est pathogène.

Nous trouvons cette indécision manifeste dans deux relations d'intoxication par les substances alimentaires décrites l'une par M. le Dr Darricarrère, l'autre par MM. les docteurs Perrin et Roussel.

Dans la première de ces relations, il y eut 114 malades atteints, dont 49 durent entrer à l'hôpital en l'espace de 4 jours.

L'auteur élimine comme cause la boisson, parce que l'eau est excellente et la même pour toute la garnison, le pain, qui est de bonne qualité, les légumes, les ustensiles de cuisine, la nature des exercices et la température et il en

Digitized by Google

arrive *par exclusion* à la viande avariée comme cause pathogène, mais, comme nous le disions plus haut, il y a ici indécision, d'autant que rien ne restait, ni de la viande fraîche, ni de la viande de conserve et le « point certain de départ de ces intoxications nous échappe donc. » Cependant M. Darricarrère accuse de préférence les viandes de conserve : 1° Parce que les accidents ont éclaté de 18 *à* 44 *heures* après des repas successifs de viande de conserve, ce qui, scientifiquement, n'est pas très probant. 2° Parce que la viande fraîche a été reconnue bonne aux distributions, ce qui, au point de vue de la discipline infaillible est exact, mais n'est peut-être pas absolument certain. 3° Enfin parce que l'on a trouvé des boîtes avariées dans les magasins, ceci a plus d'importance, mais encore est-ce une valeur relative et non absolue.

Nous apprenons dans ce document que le « contenu de ces boîtes est vérifié par le cuisinier et un caporal » c'est, ajoute l'auteur, une affaire d'appréciation et d'attention qui peuvent *une fois* se trouver en faute. — Une fois nous semble optimiste.

Mais, disons-le de suite, pourquoi ne pas prendre, à l'égard de ces viandes, les mêmes précautions que pour la viande fraîche? Pourquoi un officier, un vétérinaire, un médecin, n'assistent-ils pas à l'ouverture de ces boîtes puisqu'un capitaine, un vétérinaire assistent à la distribution de la viande fraîche ?

Il y aurait là plus de garantie qu'avec le cuisinier, même doublé du caporal.

Si nous insistons sur ces deux points: incertitude absolue sur la cause des accidents et manque de précautions pour s'assurer de l'état des viandes de conserve, c'est que, contrairement à ce qu'on pouvait attendre, l'auteur conclut avec un optimisme excessif que « les précautions édictées par le réglement sont suffisantes pour éviter les accidents dus à la viande de conserve. »

Raisonnons : si les précautions sont suffisantes, pourquoi y a-t-il des accidents? c'est donc qu'on n'observe pas les règlements; or, on les observe, donc les dits règlements sont insuffisants.

Cette question des intoxications alimentaires qui a déjà une littérature médicale si touffue, est, il faut bien le reconnaître, peu avancée. Avec les microbes et les toxines, on explique toutes choses et, quand les uns sont en défaut, les autres viennent à la rescousse et l'on est enchanté d'avoir un semblant d'explication.

Lorsqu'on ne peut faire d'examen bactériologique ou chimique des aliments ou du sang des malades, il reste toujours une intéressante partie du programme à réaliser, il faut dans ces cas s'efforcer d'avoir des observations cliniques d'une précision rigoureuse. C'est par la clinique qu'il faut commencer avant d'en arriver au laboratoire.

Or, cette précision est rarement rencontrée, elle est pourtant atteinte plus parfaitement par MM. Perrin et Roussel qui fournissent des courbes de température, qui ont étudié les urines, etc., alors que M. Darricarrère a négligé l'état des pupilles et a décrit, en somme, comme il l'avoue lui-même, les symptômes plus ou moins accusés de gastro-entérite aiguë cholériforme, MM. Perrin et Roussel accusent au contraire la viande de charcuterie sans démontrer péremptoirement que la viande de conserve soit hors de cause, dit une note de la rédaction.

Pourtant dans cette épidémie où il y eut 70 cas en deux jours, tous les malades appartenaient à la même compagnie la seule qui eut mangé des boulettes, et de plus, aucun des hommes de cette compagnie qui, pour une raison ou pour une autre, ne mangèrent pas de ces boulettes, ne fut indisposé, mais pour compliquer la question on avait confectionné ces boulettes avec de la *chair à saucisses* et de la viande de conserve.

Ce furent surtout des symptômes digestifs qu'on observa, la marche de la température était irrégulière, à oscillations brusques, il y eut dans quelques cas de la dilatation pupillaire survenant après l'amendement des phénomènes intestinaux. L'albuminurie fut rare et éphémère; pas une fois on ne constata d'éruption.

Les deux auteurs de ce dernier mémoire, en arrivent, comme nous le disions au début de cette analyse, à hésiter ; faut-il accuser la putréfaction comme le veut Remlinger, ou les toxines provenant des microbes existant chez un animal abattu pendant une maladie, ou la viande a-t-elle servi de véhicule à un microbe, soit survenu pendant la manipulation de la viande, soit existant chez l'animal?

Toutes ces relations sans recherches bactériologiques ou tout au moins chimiques ont chance de rester stériles, elles n'en restent pas moins des documents qui pourront servir aux travailleurs futurs, mais que ceux-ci se gardent de l'optimisme du médecin-principal Darricarrère : il y a des accidents, il faut les empêcher et non point affirmer que tout est pour le mieux dans le meilleur des règlements. — Jean Jacques.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Sur l'hystérectomie abdominale supra-vaginale pour gros fibromes utérins. — Lorsque chez une femme ayant un fibrome utérin, l'indication opératoire est posée, soit en raison d'accidents tels qu'hémorrhagies, douleurs, phénomènes de compression, soit en raison du développement rapide de la tumeur créant une menace pour la femme, surtout si celle-ci est jeune et éloignée de la ménopause, l'intervention chirurgicale, à part quelques cas spéciaux où la disposition des parties permet d'être économe et d'enlever ou d'énucléer la tumeur en laissant l'utérus (myomectomie), consiste le plus souvent dans l'ablation de l'utérus par le vagin ou par l'abdomen.

La voie vaginale est applicable aux fibromes d'un volume modéré atteignant au plus l'ombilic, en tout cas susceptibles de passer aisément, avec ou sans morcellement, par la filière pelvienne. Mais le volume exagéré de la tumeur, ou même sa forme lorsqu'elle est telle qu'elle permettrait

Digitized by Google

difficilement son engagement dans la filière pelvienne, l'étroitesse et la dilatabilité insuffisante du vagin, particulièrement chez les vierges, créent, même pour ses partisans les plus chauds et les plus exclusifs, des obstacles et des contre-indications à l'hystérectomie vaginale.

L'hystérectomie abdominale, seule applicable à ces gros fibromes, comprend deux grandes méthodes, suivant que l'utérus est enlevé en totalité y compris sa partie vaginale (hystérectomie abdominale totale), ou qu'un moignon utérin est laissé en haut du vagin, l'organe étant amputé au-dessus de ses insertions vaginales (hystérectomie abdominale supra-vaginale).

L'hystérectomie abdominale supra-vaginale, opération d'apparition plus ancienne que l'hystérectomie abdominale totale, semble aujourd'hui, après avoir été quelque temps délaissée pour celle-ci, lui enlever sa vogue et la détrôner, dans le traitement des gros fibromes utérins.

La thèse de M. Jouany (*Thèse de Paris*, 1899), vient de faire paraître sur l'hystérectomie supra-vaginale dans le traitement des gros fibromes utérins est particulièrement consacrée à l'étude du procédé employé par M. le Dr Potherat, et dont voici les grandes lignes :

Après incision sur la ligne blanche, la tumeur est sortie du ventre, non avec les mains qui peuvent glisser, ni avec les pinces à dents qui souvent glissent aussi, dérapent, déchirent la surface de la tumeur, mais de préférence avec le *tire-bouchon* vulgarisé par M. Segond, dans l'hystérectomie vaginale, lequel s'implante solidement et ne cède pas.

Une fois la masse sortie, la malade est placée la tête en bas, les annexes des deux côtés sont recherchées, libérées s'il y a lieu, et amenées au dehors. Puis, successivement de chaque côté, on passe à travers le ligament large une ligature double au gros catgut ou à la soie forte, placée très en dehors du pavillon de la trompe et de l'ovaire vers les parois du bassin, et avec laquelle on lie fortement le ligament dans presque toute sa hauteur, sauf son bord inférieur contenant l'artère utérine et l'uretère. Une pince à longs mors est placée de haut en bas entre les organes à enlever et cette ligature, et le ligament large, sectionné de haut en bas, entre la pince et la ligature, jusqu'auprès de son bord inférieur.

Pour pédiculiser la masse à enlever, une incision peu profonde et transversale en avant et en arrière, à la partie inférieure de l'isthme, permet de décoller du haut en bas un lambeau péritonéal antérieur et un postérieur, et en décollant le péritoine antérieur on entraîne les uretères qu'on refoule vers la vessie. Un fil de soie est posé transversalement sur les bords de l'utérus, enserrant dans son nœud la branche anastomotique de l'utérine avec l'utéro-ovarienne. L'enlèvement de la masse est alors opéré par section avec un couteau ou un bistouri fort, non sans placer une forte pince sur le pédicule utérin au-dessus du lieu de section, pour éviter l'écoulement de liquides septiques de l'utérus.

On porte une pointe de thermo-cautère au rouge-blanc de haut en bas sur le moignon dans toute la hauteur de la cavité utérine, pour l'aseptiser sûrement en détruisant sa muqueuse, puis le moignon est évidé en V de haut en bas au bistouri, de manière à constituer deux valves antérieure et postérieure. La cavité utérine est fermée hermétiquement par un bon fil de soie ; un surjet au fort catgut unit les deux valves du moignon ; enfin le péritoine antérieur et postérieur, ramené par-dessus le moignon, est suturé au catgut fin : ainsi la cavité péritonéale se trouve parfaitement isolée du pédicule utérin et du vagin.

Après toilette du petit bassin, la paroi est fermée par un triple rang de sutures, aucun drainage n'est établi.

Quant aux résultats de la méthode supra-vaginale, entre les mains d'un même chirurgien et pour les chirurgiens réunis, la mortalité des hystérectomies supra-vaginales est inférieure à celle des hystérectomies totales.

Les avantages de la méthode supra-vaginale ont été particulièrement mis en relief par M. Ricard dans son rapport au dernier Congrès de chirurgie : en raison de la suppression de l'ouverture du vagin et par suite du suintement hémorrhagique de la tranche vaginale, l'opération est plus rapide, plus facile, moins hémorrhagique, plus facilement aseptique et par suite plus bénigne. Aussi, toutes les fois que le chirurgien attaquera un fibrome par la voie haute, il devra donner la préférence à l'hystérectomie subtotale. — P. Guéniot.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Emplois de l'éther en dehors de l'anesthésie. — L'éther est employé en outre de l'anesthésie dans un certain nombre de circonstances.

Il faut d'abord appeler l'attention sur l'emploi de l'éther en injection sous cutanée. On a trouvé en effet dans cet emploi de l'éther un moyen puissant et absolument inoffensif de stimuler énergiquement un organisme en état de collapsus profond, après une hémorragie abondante ou bien dans un état d'adynamie grave. Les injections sous-cutanées d'éther, pratiquées à reprises assez rapprochées les unes des autres et en petite quantité, avec la seringue de Pravaz, par exemple, ont donné de très bons résultats dans le traitement de certains empoisonnements, du choléra, dans tous les cas en un mot où l'on a besoin d'exercer une action stimulante rapide et énergique.

Cette injection sous-cutanée agit de deux façons : d'abord par une excitation des centres du myélencéphale, identique à celle qui s'exerce dans l'hypno-anesthésie ; d'autre part, en raison d'une action particulière exercée par l'éther sur les extrémités périphériques sensitives, d'où résulte une action dynamogénique propulsive, analogue à celle obtenue par la stimulation des organes périphériques, ou même par la faradisation dans certains cas.

Il convient de signaler des accidents qui peuvent se produire et qu'on a eu à constater plusieurs fois. Ces accidents consistent en névrites et même en paralysies persis-

Digitized by Google

tantes lorsque l'injection est faite trop près d'un filet nerveux ou bien lorsque l'aiguille de la seringue de Pravaz a piqué dans son trajet un filet nerveux.

L'éther est encore utilisé à titre d'antispasmodique et d'excitant local. On emploie pour cela l'éther en nature et on peut l'administrer sous forme de perles d'éther, ce qui est très commode ; ou bien encore sous forme du liquide appelé d'Hoffmann, résultant du mélange à parties égales d'éther officinal et d'alcool à 90° centésimaux. L'éther, en raison de sa grande volatilité, de son point d'ébullition peu élevé, est difficilement maniable à la température ambiante ; on diminue cette volatilité en ajoutant un volume égal d'alcool à 90°. On peut dans une potion antispasmodique, mettre 4 à 10 grammes de ce mélange pour 150 grammes de potion à employer en vingt-quatre heures. Assez fréquemment on emploie une potion opiacée à laquelle on ajoute 4 à 10 grammes de ce mélange ; ce qui constitue la potion antispasmodique opiacée.

Une préparation d'éther qui est encore assez bonne et surtout d'un fréquent usage, c'est le sirop d'éther, mais le sirop d'éther préparé suivant une forme particulière donnée par Regnauld. L'éther est assez peu soluble dans l'eau et cette solubilité de l'éther dans l'eau diminue avec la température ; de sorte que, lorsque la température s'élève, une certaine quantité de l'éther en dissolution se précipite. Eh bien, Regnauld a cherché à éviter cette précipitation et il a donné la formule ci-après pour préparer ce médicament : le sirop d'éther préparé en hiver, suivant les anciennes formules, laissait, lorsqu'arrivaient les chaleurs de l'été précipiter une certaine quantité de l'éther. La formule de Regnauld donne un produit qui n'offre pas cet inconvénient : on prépare un sirop avec

Sucre blanc.....	410 grammes
Eau distillée...	490 —

Et on ajoute à ce sirop refroidi une dissolution de 20 grammes d'éther ordinaire, d'éther officinal, dans 50 grammes d'alcool à 90°. On a ainsi une solution parfaitement limpide. et dans laquelle, grâce à la présence de la petite quantité d'alcool, les variations de température n'amènent pas la moindre précipitation.

Ce sirop d'éther présente l'inconvénient de tous les sirops : il doit être préparé depuis peu pour avoir son maximum d'action ; mais il est important au point de vue pratique, parce qu'il est très facile à employer chez les enfants.

Enfin j'indiquerai encore, comme application de l'éther, le *Remède de Durande*, qui est un mélange d'éther et d'essence de térébenthine utilisé avec succès dans les cas de concrétions biliaires ; le remède de Durande est formé de deux parties d'éther et d'une partie d'essence de térébenthine. Le meilleur mode d'administration consiste à prescrire ce mélange à l'état d'émulsion avec un jaune d'œuf dans une potion appropriée.

On a cherché à simplifier ce mode d'administration et à faire des perles d'éther et d'essence de térébenthine ; c'est un mauvais procédé. En effet à moins que ces perles ne soient enfermées dans une enveloppe de gluten, auquel cas elles traverseraient l'estomac sans s'y dissoudre et ne se dissoudraient que dans l'intestin, elles éclatent dans l'estomac et l'individu qui les ingère est exposé à une action irritante ou, tout au moins, gênante. La vraie méthode d'administration est celle préconisée par Durande, c'est-à-dire la mise en suspension de ce mélange d'éther et d'essence de térébenthine dans un jaune d'œuf. — Pr Pouchet.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la tuberculose primitive de la rotule. — C'est une affection relativement rare et peu connue ; dans un travail très consciencieux et très intéressant (*Th Paris*, 1899), notre excellent ami le Dr Boutin vient de mettre au point cette question encore obscure qui n'a été l'objet jusqu'à ce jour que d'un petit nombre de travaux.

Dans l'étiologie de cette affection, il met en relief ces deux points : sa fréquence chez l'enfant, le peu d'influence du traumatisme. En effet sur 18 observations rapportées, 5 seulement ont trait à des adultes ; toutes les autres à des enfants, ce qui fait une proportion de plus de 72 p. 100.

Dans ces observations, le traumatisme n'est signalé que deux fois et encore dans ces deux cas, il fut si peu violent que son influence est tout à fait hypothétique.

Boutin se demande avec raison s'il ne faut pas faire intervenir une certaine prédisposition héréditaire ou acquise à la tuberculose ; et de fait chez les adultes observés, tous étaient porteurs de lésions nettement bacillaires, osseuses, ganglionnaires ou viscérales. Il est donc à supposer que chez les enfants où la tuberculose de la rotule était la seule manifestation, d'autres lésions n'avaient pas encore eu le temps d'évoluer.

Les lésions anatomiques observées sont les mêmes qu'en tout autre point du squelette, depuis la granulation tuberculeuse qu'on observe rarement, jusqu'à l'infiltration diffuse et les cavernes avec ou sans séquestres ; les tissus articulaires ou péri-articulaires sont envahis à une certaine période.

Il faut remarquer que l'ouverture du foyer tuberculeux est rare sur la portion médiane, même de la face antérieure de la rotule, ce qui paraît tenir à l'épaisseur du tissu compact à ce niveau, renforcé par les fibres du tendon rotulien. L'ouverture se produit le plus souvent sur la face antérieure près de sa périphérie ou sur les bords ; elle est plus rare sur la face postérieure et au niveau de la base.

Cliniquement, la tuberculose rotulienne se traduit par deux ordres de symptômes : les uns dus à l'ostéite proprement dite, les autres relevant de la propagation aux tissus voisins.

La douleur en un point de la rotule est le signe le plus

Digitized by Google

constant; parfois spontanée et bien localisée; dans d'autres cas, elle est plus vague, elle siège dans le genou.

Son acuité est des plus variables, tantôt sourde, tantôt lancinante et paroxystique. Les mouvements, la marche la rendent généralement plus vive.

A l'examen de la région, on réveille cette douleur en un point; parfois on peut sentir un empâtement localisé, une petite dépression en cupule, entourée d'un léger bourrelet. L'atrophie des muscles de la cuisse s'observe assez souvent.

La rotule peut être légèrement augmentée dans son diamètre transversal.

A une période plus avancée, lorsque les lésions ont envahi l'articulation, on observe tous les signes de l'hydarthrose ou de l'arthrite fongueuse, gêne des mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse, aspect globuleux du genou, disparition des dépressions normales, choc rotulien, douleur continue, légère flexion du membre, empâtement, pseudo-fluctuation trahissant la présence des fongosités.

L'évolution clinique est la même dans presque tous les cas, l'ostéite envahit peu à peu les tissus voisins, détruit ou décolle les cartilages articulaires et vient éliminer ses produits nécrosés dans l'articulation, déterminant une ostéo-arthrite fongueuse, ou bien détruit le périoste et les tissus voisins, de la région antérieure, déterminant des abcès de la région préarticulaire.

Ces abcès suivront une voie différente suivant le siège de la lésion; si celle-ci a pour siège la face antérieure et les bords de la rotule, au-dessous de l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, la collection purulente se formera dans une cavité toute préparée pour la recevoir, la bourse prérotulienne. Si le foyer siège dans le tiers supérieur ou au niveau de la base, l'abcès deviendra rapidement sous-cutané et se portera vers la cuisse, où le tissu sous-cutané est plus lâche. Cette évolution semble être le résultat des dispositions anatomiques de la région.

Dans deux observations de Boutin, l'abcès siégeait dans la bourse prérotulienne. Dans ce cas on observe d'abord les symptômes d'un hygroma chronique, saillie globuleuse au-devant du genou, indépendante de la peau qui a conservé sa coloration normale et sa mobilité. Cette tumeur, indolente à la pression, repose sur la face antérieure de la rotule et du ligament rotulien, adhère à ce plan ostéo-fibreux.

D'ailleurs, la réalité de cet hygromatuberculeux consécutif est démontrée par une observation de Morestin, dans laquelle l'opération montra la continuité de la poche purulente avec un foyer tuberculeux rotulien.

Lorsque l'abcès siège en dehors de la bourse, il n'a plus cet aspect limité, il vient se collecter sous la peau, constituant une tumeur allongée, irrégulière, fluctuante, Enfin des abcès péri-articulaires peuvent se former soit en arrière dans le creux poplité, soit sur les parties latérales de la rotule; ils ne présentent pas de caractères spéciaux.

Le diagnostic serait facile si l'on observait toujours cet ensemble symptomatique, mais le plus souvent les signes sont isolés, ou bien les lésions sont tellement avancées qu'il est difficile de trouver l'origine de l'arthrite ou de l'hygroma; aussi le diagnostic de cette affection demande un examen très minutieux et plusieurs fois répété. En cas d'abcès collecté dans la bourse prérotulienne, il faudra le différencier des diverses variétés d'hygromas, hygroma tuberculeux à grains riziformes, hygroma suppuré, hygroma sanguin; la recherche des antécédents d'une part, l'évolution d'autre part, les feront distinguer.

Le pronostic de la tuberculose rotulienne est toujours sérieux; jamais elle ne guérit spontanément et le membre au point de vue fonctionnel est toujours compromis. De plus, ce foyer bacillaire peut se généraliser à d'autres organes de l'économie.

Il est donc nécessaire de traiter cette affection activement dès le début: l'intervention chirurgicale sera différente suivant que les lésions seront plus ou moins étendues. Si la rotule seule est prise, sans participation aucune de l'articulation, on pourra se contenter d'un curettage du foyer tuberculeux. Dans le cas d'hygroma prérotulien il sera bon d'extirper sans l'ouvrir si possible, la poche purulente et de faire ensuite un grattage, de la rotule sans craindre de trop enlever.

Lorsque les lésions ont gagné l'articulation, lorsque la synoviale est envahie par des fongosités, une intervention plus large s'impose. Il faut recourir à l'arthrotomie avec synovectomie et extirpation de la rotule; seule cette opération permet d'enlever tous les tissus malades. D'ailleurs, les résultats sont assez favorables et dans les cas où l'on a pu enlever la rotule par la méthode sous-périostée, celle-ci s'est reproduite et l'on a pu, grâce au massage et à la mobilisation obtenir des mouvements étendus du membre.

Enfin, lorsque les lésions ont envahi les surfaces articulaires du tibia et du fémur, on sera autorisé, mais chez l'adulte seulement, à faire la résection du genou.

Dans tous les cas, le traitement général sera institué dès le début, il sera le même que dans les tuberculoses locales en général. — Henri Milhiet.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Mécanisme du réflexe respiratoire. — M. Laborde. Si après avoir préparé un chien pour le soumettre à l'asphyxie par privation d'air, au moyen de la canule de Bichat, introduite dans la trachée, on ferme cette canule, l'air ne pénètre plus dans les voies respiratoires; l'asphyxie commence. Bientôt, en examinant l'animal à l'aide des rayons X, on constate l'arrêt du diaphragme, des côtes et du cœur. Toutefois, les contractions des oreillettes persistent les dernières.

Digitized by Google

Si, à cette période qui est celle de la mort apparente, sans rouvrir la canule et sans donner accès à la rentrée de l'air, l'on pratique les tractions rythmées de la langue, on ne tarde pas à assister au spectacle suivant.

Le diaphragme, absolument mi-mobile, se remet en marche, avec une amplitude progressive ; presque en même temps, le cœur reprend ses mouvements, faibles d'abord, mais s'accentuant progressivement. Le phénomène mécanique fondamental constitué par le reflexe respiratoire est seul ici en jeu et en fonction ; d'où il résulte que le reflexe respiratoire précède, à l'origine de la fonction et de sa mise en train, l'arrivée et l'intervention efficace de l'air respiratoire.

Si, en effet, dans cette expérience, alors que le mécanisme reflexe est complétement remis en action par le procédé des tractions linguales, on ouvre la canule tracheale, rétablissant ainsi la perméabilité des voies aériennes, l'appel immédiat et pressant de l'air rétablit rapidement la fonction respiratoire et la vie.

Urétrostomie périnéale. — M. Poncet. (Nous publierons cette communication dans le prochain numéro). — (*26 décembre.*)

La séance est consacrée à l'installation du bureau. M. Panas, président sortant, passe en revue les travaux de l'année ; M. Marcy, président pour 1900, en prenant possession du fauteuil de la présidence, prononce le discours d'usage.

M. Hutinel donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Ferrand.

Médication par la nucléose tirée des nucléo-albumines végétales.

M. Bovet communique un travail très documenté sur le rôle physiologique, clinique et thérapeutique des nucléoses (albumoses mixtes) tirées des nucléo-albumines végétales.

Relatant ses observations, tant expérimentales que cliniques, faites sous les auspices de M. le professeur Pouchet, avec M. Brissemoret, chef du laboratoire et dans divers hôpitaux, M. Bovet termine son étude par les conclusions et indications thérapeutiques qui suivent :

Conclusions. — Elles dérivent de l'origine végétale de la nucléose.

1° A titre d'Aliment, la nucléose se comporte comme agent dynamogénique, en activant la nutrition, d'où augmentation du poids des malades. Ce résultat s'explique de lui-même, par la composition naturelle de la nucléose (albumine, phosphore, diastase, sels minéraux), laquelle se trouve dans la trame animale et dans les liquides organiques, comme le sang, etc.

2° A titre de médicament, par suite de son dédoublement en *acide nucléique* et en *albumine*. Dans l'économie, la nucléose devient un agent *antiseptique, bactéricide* et *phagocytaire*, comme l'ont démontré les expériences de Kossel, Salkowski, et nos observations cliniques.

La nucléose est douée d'une action *diurétique* indéniable. Cette action est d'une grande importance ; car, après avoir activé le mouvement nutritif, la nucléose favorise l'élimination des déchets organiques et des toxines diverses provenant des maladies infectieuses.

Indications thérapeutiques. — En raison de cette action complexe, les indications thérapeutiques sont :

a) Au point de vue alimentaire : *maladies consomptives, tuberculose chronique, albuminurie, diabète*, quelques *états neurasthéniques*, la plupart des *dyspepsies*, certaines *cardiopathies* et principalement les cardiopathies artérielles ou l'insuffisance rénale et la toxémie alimentaire jouent un rôle prépondérant, comme l'ont démontré les expériences et observations de M. Huchard.

b) Au point de vue médicamenteux : *empoisonnements lents, intoxications alimentaires*, maladies par *ralentissement de la nutrition, urémies* diverses, etc.

Dans ces cas, non seulement on doit invoquer une action antiseptique ou bactéricide, mais encore et surtout les propriétés diurétiques inhérentes aux nucléoses. — (*2 janvier.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

M. Gouraud lit le discours prononcé sur la tombe de M. Ferrand.

M. Rendu lit un rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1899 et prononce l'éloge de MM. Dumontpallier, Simon. Gingeot et Ferrand, morts pendant l'année. — (*29 décembre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Suture sans drainage des kystes hydatiques du foie. — M. Delbet. On sait que cette méthode consiste dans l'incision de la paroi abdominale et du kyste hépatique, suivie de l'évacuation de son contenu et de l'extraction de la membrane germinative. La poche fibreuse est alors nettoyée à l'aide de tampons de gaze stérilisée, puis on fait une suture en deux étages de la plaie kystique et le ventre est ensuite complétement refermé, sans drainage, ni capitonnage. Ce procédé a donné à M. Jonnesco, 4 guérisons sur 4 cas, dont il a envoyé les observations. D'après cet auteur, cette méthode serait le procédé de choix dans les poches peu volumineuses ; mais lorsque celle-ci est trop étendue pour que l'on puisse espérer un accolement rapide des parois, il faudrait employer la suture avec capitonnage.

Les injections antiseptiques ou irritantes dans les poches vidées de leur contenu sont inutiles et dangereuses ; il faut les écarter. Il en est de même du lavage des poches avec des solutions simplement aseptiques. Le nettoyage avec des compresses stérilisées suffit.

Lorsque le kyste est suppuré, l'incision suivie de la suture immédiate peut donner des insuccès, il faut pratiquer la marsupiliasation de la poche.

La ponction simple de la poche, suivie d'injections parasiticides, est aveugle ; elle expose à blesser des organes importants, il faut y renoncer.

Traitement des fractures par la thyroïdine. — M. Guinard s'associe aux réserves formulées par M. Potherat sur l'action de la thyroïdine dans la production du cal osseux, et il rapporte à ce sujet une observation typique où le résultat de la médication thyroïdienne, longuement poursuivie, a été absolument nul. Il s'agit d'un homme vigoureux, atteint de fracture de jambe non consolidée au bout de 2 ans. M. Guinard pratiqua la resection des fragments puis la suture osseuse. Quoique aucun tissu musculaire

Digitized by Google

ni autre ne fût superposé, malgré toutes les précautions prises, la fracture ne se consolida pas, quoique le malade eût été soumis pendant un mois à l'usage de la thyroïdine. Une pseudarthrose se développa avec laquelle il sortit de l'hôpital.

Cette observation montre que l'effet favorable de la thyroïdine n'est pas constant et qu'il faut s'attendre dans certains cas à des échecs complets avec cette médication nouvelle.

A propos des déformations du cal des fractures observées par la radiographie. — M. Championnière. Dans tous les cas, la radiographie montre une déformation du cal hors de proportion avec celle que l'observateur attendait, quoique les fonctions du membre s'accomplissent avec une grande facilité, souvent avec une intégrité complète.

Il est vrai, en effet, que si bien guérie que soit une fracture, la difformité du cal est plus grande qu'on ne le croirait, ainsi que l'a démontré M. Tuffier. Mais cela n'est vrai qu'en partie, car la radiographie, qui est le résultat de la projection sous forme d'ombres d'opacités que la lumière n'a pas traversées, est exposée à des causes graves d'infidélité, dont le résultat final est d'exagérer ces difformités, et de donner lieu à de fausses interprétations. On ne saurait donc trop mettre le public médical en garde contre ces erreurs possibles. *(27 décembre).*

BIBLIOGRAPHIE

Tableaux synoptiques d'hygiène, par le Dr Reille. Paris, 1900. Baillière et fils, éditeurs.

Un nouveau volume de la collection Villeroy vient de paraître, il est consacré à l'hygiène, c'est-à-dire à un chapitre important de la médecine, intéressant à la fois l'étudiant et le praticien. Nous ne pouvons en donner une analyse détaillée, mais nous pouvons dire qu'il est très complet et nous sommes sûrs que les lecteurs y trouveront des renseignements très utiles.

CORRESPONDANCE

Christiania, janvier 1900.

A M. le Dr Huchard, directeur du *Journal des Praticiens*.

Je suis sûr de me faire interprète de mes collègues norvégiens, quand je me permets, cher maître, de vous remercier de la visite que vous nous avez faite en octobre dernier, de l'intérêt que vous cherchez à provoquer pour nous et pour nos institutions médicales chez vos collègues français.

Certainement, nous comprenons que votre travail en premier rang est patriotique et que vous sentez que la science médicale française s'est trop isolée, qu'elle a trop peu de rapports avec l'étranger. Mais, quand nous, hommes du Nord, sommes l'objet d'une attention que nous ressentons sincèrement, nous ne pouvons que la saisir des deux mains.

Notre science médicale relativement jeune, comme vous savez, à cause de diverses raisons et dont je ne veux donner succinctement que les suivantes, a presque exclusivement travaillé dans l'esprit des méthodes allemandes.

Nos professeurs de médecine, pour une grande part, ont poursuivi leur perfectionnement spécial dans les Universités allemandes. Ils recommandent généralement des traités allemands. Tandis que la connaissance du français reste assez défectueuse dans notre instruction, tous les étudiants savent à peu près parfaitement la langue allemande.

La difficulté d'apprendre la langue française est pour nous assez grande en comparaison de la facilité que nous avons d'apprendre la langue allemande. Quand un praticien norvégien veut faire un court voyage d'études, il visite presque toujours les villes universitaires allemandes où les docents font de bonnes affaires en enseignant des médecins étrangers. Ces cours qui sont généralement des entreprises privées et dont beaucoup de docents allemands vivent du produit, sont souvent très mauvais. Je peux parler par expérience personnelle, parce que j'ai assisté à plusieurs (« *schlecht, aber nicht billig* »).

Les jeunes médecins norvégiens, néanmoins, vont à ces cours, parce que l'on acquiert dans un temps relativement court quelque dextérité dans les pratiques manuelles, dans les différentes spécialités. Dans ces cours, on fait des spécialistes dans un espace de temps très court; mais de médecine, on n'apprend pas beaucoup.

A un point de vue cependant on peut profiter beaucoup d'un pareil voyage, parce que quand on revient on est plus satisfait de ses institutions nationales et de ce qu'on peut apprendre chez soi-même.

Dans ces derniers temps, un intérêt assez grand pour la médecine française a pris naissance. La connaissance de la langue française a aussi augmenté. Un nombre assez grands de mes amis ont fait des études dans les hôpitaux français. Quand on a commencé à visiter ceux-ci on y revient volontiers spécialement — quand on s'est émancipé de la méthode médicale schématique allemande si ennuyeuse.

Tous les hôpitaux français sont toujours ouverts pour nous étrangers, nous avons l'occasion d'entendre les conférences les plus excellentes sur des cas nombreux, intéressants et toujours changeants, et tout est gratuit.

Il y a beaucoup de choses qui donnent à l'enseignement français une attraction spéciale.

Aussi il faut nommer les relations excellentes entre les étudiants et les professeurs. En Allemagne, il y a une grande distance entre ceux-ci et ceux-là, même un interne ou un chef de clinique à peine se croient-ils autorisés à discuter sur un cas avec son chef. Ils ne disent que « *ja, Herr Geheimrath* ». En France, au contraire, on voit avec joie un externe quand il est provoqué par son professeur à discuter un cas, il le fait d'une façon toute familière et peut se permettre de discuter sans cérémonie.

Aussi, par conséquent, il est beaucoup plus instructif pour l'élève en même temps qu'il peut aussi être utile pour l'instructeur d'écouter une autre opinion que la sienne, même quand elle ne vient que d'un externe. Dans les hôpitaux français, la discussion est aussi plus facile parce que l'on peut aborder ses professeurs par « vous » tandis que, en Allemagne, il faut toujours appliquer le titre « *Herr Geheimrath* », « *Herr Hofrath* », etc.

Je serais bien tenté d'ajouter à cette causerie une comparaison impartiale entre la médecine et l'enseignement français et allemand, tels que peut le voir un étranger, mais cela prendrait une place trop grande dans votre journal.

Il n'est pas mon intention de parler mal de l'Allemagne à qui

Digitized by Google

nous sommes beaucoup redevables et qui a beaucoup mérité de la médecine et qui possède aussi d'excellentes institutions médicales, où l'on travaille intensivement et fructueusement.

Nous, Norvégiens, avons été en rapports intimes avec la médecine allemande si longtemps que nous avons subi l'influence de sa particularité. Pour cette raison, nous ne pouvons pas être assez reconnaissants à la médecine française et à ses représentants les plus célèbres de vouloir venir à nous et nous donner une part de sa richesse.

Croyez, mon cher maître, à ma respectueuse affection. — Dr Rudolf Krefting.

La lettre qu'on vient de lire et que j'ai tenu à insérer textuellement, émane d'un des médecins les plus estimés que j'ai eu le bonheur de rencontrer à Kristiania pendant mon voyage récent en Scandinavie. Il me permettra tout d'abord, de le remercier encore, lui et tous ses collègues, de l'accueil si bienveillant et si aimable qu'ils m'ont réservé. Cet accueil s'adressait surtout à ma qualité de Français, et c'est ce qui m'a particulièrement touché. J'ai trouvé en Scandinavie des savants, des médecins de premier ordre, désireux comme nous de s'unir plus étroitement à la France scientifique, un peu trop méconnue par notre faute. Et cependant, aux pays du Nord on rend justice à notre génie national qui a produit dans notre XIXe siècle, les trois grands révolutionnaires scientifiques sans lesquels, je le répète, la médecine existerait à peine : Laennec, Cl. Bernard, Pasteur.

Merci donc au Dr Rudolf Krefting, de sa lettre, de son souvenir, de ses espérances ; que tous les médecins scandinaves veuillent bien nous aider dans notre œuvre de rapprochement et d'amitié; qu'ils continuent (sans s'arrêter aux attaques ou injures de quelques journaux anglais) à nous prêter leur concours pour l'organisation du premier voyage *d'etudes scientifiques* en Scandinavie, vers le commencement du XXe siècle, c'est-à-dire en mai 1901.

Nous donnons pour cette époque, rendez-vous à nos amis les médecins scandinaves, dans leur admirable pays, dans le pays de la plus charmante, de la plus gracieuse hospitalité. — H. Huchard.

Genève, 3 janvier 1900.

A M. le Dr Huchard, directeur du *Journal des Praticiens*.

Un événement important, mon cher maître, va s'accomplir dans la Faculté de médecine de Genève; pour n'être pas très ancienne, cette école soutient vaillamment la lutte et tient à se tenir à la hauteur de ses aînées.

Le professeur de clinique médicale, Dr Revilliod, a donné sa démission ; les regrets les plus sincères de ses collègues et de ses nombreux élèves l'accompagnent dans sa retraite, qu'il prend après vingt-trois ans de professorat, et nous savons combien notre maître emploiera fructueusement ses loisirs.

Le choix des autorités et de l'Université s'est porté sur un de vos compatriotes, le Dr Bard, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. Depuis quelques années, un échange de sympathie s'est manifesté entre cette Faculté et celle de Genève, et tous les médecins savent ce que l'Ecole de Lyon a fait pour les progrès de la science Le professeur Bard nous arrive avec une réputation bien méritée ; de nombreux travaux d'épidémiologie, d'anatomie pathologique, de clinique le prouvent surabondamment. Il est l'auteur, en particulier, de cette théorie de la spécificité cellulaire qu'il vient de mettre à la portée du grand public médical dans un ouvrage, petit par son format, mais riche en idées et en applications pratiques.

Pour qui la lit attentivement, et sans vouloir, dans mon incompétence absolue, prendre parti en pareille matière, cette œuvre donne à réfléchir. Ecrite d'un style vif, rapide, fortement pensée, elle donne l'impression d'un esprit logique, très documenté et qui n'aime pas les sentiers battus. D'aucuns trouveront que la philosophie y tient trop de place ; est-ce un tort? Je ne le crois pas, à l'heure actuelle où la philosophie scolastique, battue en brèche par les travaux de psycho-physiologie, se renouvelle d'une manière si heureuse. Les œuvres de certains médecins modernes nous semblent trop souvent empreintes d'un esprit de superficialité, attendant tout du fait.

Sans doute, en matière de pratique, les faits ont une importance capitale, mais sans l'hypothèse qui les vivifie et les enrichit, leur valeur n'est pas bien grande.

L'ouvrage du professeur Bard engage nos esprits à faire halte, à penser, à envisager les conséquences des théories, leur influence, et ce n'est pas là un de ses moindres mérites.

J'ai voulu signaler ce fait aux lecteurs de votre journal ; les peuples et les individus n'ont qu'à gagner au contact de leurs idées respectives, et, entre gens qui parlent la même langue, ces rapprochements sont des plus utiles. — Dr Thomas, *privat-docent à la Faculté de médecine.*

M. le professeur Bard (de Lyon), aujourd'hui professeur à la Faculté de Médecine de Genève, me permettra sans doute de lui dire qu'il vient de donner un grand et bel exemple dont on ne saurait assez le remercier et le féliciter. Tandis que l'Allemagne envoie partout ses professeurs dans les pays de langue allemande et même ailleurs, nous nous obstinons à rester chez nous et à perdre peu à peu l'influence rayonnante que légitiment amplement les découvertes françaises. Puisque les doyens des Facultés de médecine de notre pays se complaisent dans l'immobilité et le contentement de ce qui est, puisque les promoteurs des Congrès de médecine interne ne veulent pas fonder des congrès médicaux de *langue française* dans tous les pays où l'on parle notre langue, nous ne devons plus avoir confiance qu'en nous-mêmes, que dans les initiatives privés. Pour l'expansion de la science française, nous espérons que l'exemple donné par M. le professeur Bard, sera très salutaire, et qu'il sera suivi. — H. Huchard.

Société de thérapeutique. — Le bureau pour l'année 1900 est ainsi composé : MM. Huchard, président ; Albert Robin et Sevestre, vice-présidents ; Bardet, secrétaire général, et Blondel, secrétaire général adjoint ; Duchesne, trésorier ; Bolognesi et Vogt, secrétaires annuels ; Patein, bibliothécaire ; Le Gendre, du Castel, Dupont, membres du comité de publication.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

De la menace d'avortement aux 3e et 4e mois de la grossesse.

Par M. DEMELIN, *accoucheur des hôpitaux*

Quand une femme est prise de perte sanguine par les voies génitales aux 3e et 4e mois de la grossesse, elle connaît presque toujours son état de gravidité. Elle a eu plusieurs époques menstruelles supprimées, des troubles digestifs, nerveux, des sensations anormales du côté des reins, etc., son ventre s'est déjà un peu développé.

La menace d'avortement est indiquée par des douleurs lombaires et hypogastriques à marche intermittente, par l'expulsion hors de la vulve de lambeaux jaunâtres et rosés qui ne sont autres que des fragments de caduque, et par une perte de sang. Celle-ci se fait d'ailleurs d'une manière variable : elle est parfois légère et parfois abondante; ou bien, elle continue sans interruption depuis sa venue jusqu'à l'arrêt définitif de la menace, ou jusqu'à l'expulsion complète de l'œuf; ou bien, elle procède par crises répétées qui se renouvellent après plusieurs heures, quelquefois après plusieurs jours d'intervalle, sans grandes modifications du col : la malade s'anémie progressivement par petites ondées sanguines qui pourtant sont capables de déterminer une situation dangereuse à cause de leur répétition.

Ordinairement, la marche des accidents est continue. A l'examen, on trouve, par le palper, l'uterus augmenté de volume, remontant à peu près à égale distance de l'ombilic et de la symphyse pubienne : il forme à l'hypogastre une masse ronde, régulière, médiane, et durcissant de temps en temps sous la main qui l'explore. L'erreur de diagnostic la plus fréquente en pareille circonstance est celle qui consiste à croire à une dégénérescence fibromateuse de l'organe.

Au toucher vaginal, on reconnaît des modifications du col plus ou moins avancées selon que le travail a débuté depuis plus ou moins longtemps. Si on est appelé au commencement, le col est ramolli, entr'ouvert, occupé par des caillots. Si on arrive un peu plus tard, la dilatation s'effectue, le doigt touche directement les parois de l'œuf.

Le rôle du praticien est de tenter d'arrêter la menace d'avortement; mais la grande difficulté est de savoir si on a chance de succès, c'est-à-dire si les conditions ne sont pas telles que l'avortement soit inévitable. Sans doute, quand on a la certitude que le fœtus est mort, ou que les membranes de l'œuf sont ouvertes, l'avortement est inévitable, et loin de vouloir l'arrêter, il faut le favoriser. Mais à 3 et 4 mois, on n'arrive pas aisément à cette certitude. En ce qui concerne l'existence de l'enfant, l'auscultation est pratiquement négative à cette époque; on n'a pour se guider que les sensations bien vagues, de mouvements actifs perçus par la mère, quelquefois par l'accoucheur, si les membranes sont à nu sous un doigt, et si le fœtus remue au dessus d'elle. A titre de présomptions sérieuses il est vrai, mais non toujours aisées à établir, on doit rechercher la disparition des phénomènes sympathiques de la grossesse (nausées, vomissements, troubles nerveux, varices, etc.), le récent gonflement des seins sous l'influence d'une montée de colostrum, etc. D'autre part, la quantité de liquide amniotique au 3o et 4o mois de la grossesse est peu abondante : l'écoulement de cette eau a pu passer inaperçu principalement si la perte sanguine, si commune, a attiré toute l'attention; de plus, l'hydrorrhée déciduale se produit fréquemment à cette époque. De là, toutes sortes d'obstacles à savoir si l'avortement est inévitable du fait de la mort du fœtus ou de la rupture des membranes.

Le médecin peut trouver des éléments qui fixent son pronostic ou tout au moins sa conduite thérapeutique dans l'étude de certains symptômes. Si, par exemple, les modifications subies par le col sous l'influence des contractions sont importantes, si la dilatation est grande, si surtout l'extrémité inférieure de l'œuf est engagée dans son orifice, on aura bien peu de chances d'arrêter l'avortement. Ce signe n'a pourtant pas une valeur absolue, et ne contr'indique pas les moyens qui tendent à empêcher la fausse couche : car on a réussi dans des cas où les choses étaient à ce point de vue si avancées, qu'on avait agi sans aucune espérance.

Un autre élément de pronostic vient de l'hémorragie elle-même : immédiatement abondante, elle signifie que le placenta est décollé sur une étendue assez considérable, et que le fœtus court les plus grands risques; répétée pendant plusieurs jours et pendant plusieurs semaines, elle est souvent l'indice d'une endométrite gravidique, qui n'a guère de tendance à s'amender; en outre des caillots accumulés dans l'utérus s'y altèrent quelquefois et deviennent ainsi la source d'une infection grave pour la femme. Heureusement, ces transformations putrides sont assez rares.

En résumé, quand on n'est pas sûr que l'avortement est inévitable, la règle thérapeutique est de chercher à l'arrêter, à moins d'indication spéciale tenant à l'état général de la femme (anémie profonde par hémorrhagie répétée, infection, etc., toutes complications qui, au contraire, ont les plus grandes chances de céder à l'expulsion rapide du produit de conception).

Cela posé, de quels moyens disposons-nous pour arrêter une menace d'avortement ?

En première ligne, le repos au lit, absolu pendant le nombre de jours voulu, est indispensable. En même temps, on prescrit des calmants de la contraction utérine dont le principal est le *laudanum* Après évacuation du rectum, on fait administrer avec une petite poire à lavements ou une seringue en verre, un mélange composé de une à deux cuillerées à soupe d'eau tiède et de vingt-cinq gouttes de laudanum de Sydenham. Ce mélange doit être gardé et

Digitized by Google

absorbé. On peut renouveler ce remède plusieurs fois par jour, et donner par 24 heures jusqu'à cent gouttes de laudanum de Sydenham, chiffre maximum; la dose moyenne est de 50 gouttes par jour. Il faut lutter contre la constipation qui succède à l'emploi des opiacés.

Si la menace d'avortement est immédiatement grave, et si on est obligé d'agir vite, il faut employer la morphine en injections sous-cutanées.

A titre d'adjuvant, on peut conseiller la teinture de viburnum prunifolium à la dose de dix gouttes à la fois, à avaler dans un peu d'eau, dose répétée cinq à six fois par 24 heures.

On examinera l'uterus le moins souvent possible pour ne pas l'exciter ; et on fera peu d'injections vaginales pour la même raison. Les injections chaudes (à 45 et 50 degrés), qui font contracter l'organe gestateur doivent être prohibées. En cas de nécessité, l'injection vaginale sera donnée sous une faible pression (50 à 60 centimètres de différence entre le niveau du liquide à injecter et le plan sur lequel repose la malade) et à la température de 37 degrés.

Tant qu'on conservera l'espérance d'arrêter l'avortement on s'abstiendra de faire le tamponnement du vagin qui, lui aussi, a pour effet d'exciter les contractions de la matrice.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

De l'ichtyose (1)

Par MM. Hallopeau, *médecin de l'hôpital Saint-Louis* et Leredde, *chef de laboratoire*

Définition. — On appelle ainsi un trouble de nutrition de l'épiderme caractérisé objectivement par sa sécheresse et par la formation incessante de squames ou d'écailles plus ou moins épaisses, tantôt blanches (*ichthyosis alba*), tantôt présentant une coloration qui varie du gris au brun noir (*ichthyosis nigricans*), en passant par tous les intermédiaires ; on peut la rattacher à une anomalie dans la kératinisation de l'épiderme.

Étiologie. — Cette difformité est congénitale, en ce sens qu'elle fait partie de la constitution du sujet qui en est atteint ; mais elle n'apparaît que dans le cours des deux premières années de l'existence, presque toujours plusieurs mois au moins après la naissance. D'après Tommasoli, elle pourrait, dans des cas exceptionnels, se développer plus tardivement ; il cite un cas où elle ne s'est manifestée qu'à l'âge de vingt ans. Elle est le plus souvent héréditaire, soit directement, soit par voie collatérale ; on la voit souvent se transmettre pendant plusieurs générations successives ; c'est donc une maladie familiale ; on l'a vue n'affecter que les mâles d'une même famille.

(1) Willan. *Synopsis of cutaneous Diseases*, London 1808. — Alibert, *Traité des dermatoses*. — Thibierge, art. Ichtyose du *Dictionnaire encyclopédique*. — Tommasoli, *Ann. de dermatol.*, 1893 et *Soc. de dermatol.*, 1892.

Symptomes. — L'ichtyose se présente sous des formes variées que l'on désigne sous les noms de *xérodermie*, *ichtyose nitida*, *pityriasique*, *serpentine*, *sauriasique*, *noire*, *lichénoïde*, *cornée* ou *hystrix*, *polymorphe*, *paralypique* et *hypotrophique*.

Dans la forme dite *xérodermique* (1), la plus atténuée, on constate seulement une remarquable sécheresse de la peau liée à une obstruction des follicules pilo-sébacés (Wilson) avec très forte desquamation ; cette sécheresse se rencontre dans toutes les formes d'ichtyoses.

Dans la forme dite *nacrée* ou *nitida*, les squames sont apparentes; tantôt minces, tantôt épaisses, elles sont adhérentes, soit par toute leur surface, soit par une partie de leur contour; leur coloration est le plus souvent blanche ou grisâtre; elle est souvent diverse chez le même sujet ; il en résulte un aspect tacheté des téguments qui rappelle celui d'une mosaïque ; la peau est amincie. Suivant Tommasoli, la formation des écailles peut être précédée de taches d'un rouge plus ou moins vif, quelquefois pâle ; l'affection peut être prurigineuse.

Dans l'ichtyose *pityriasique* de Hardy, les téguments, remarquables par leur finesse, sont *furfuracés*.

Dans l'ichtyose *serpentine*, des sillons entre-croisés divisent l'épiderme en plaques irrégulièrement polygonales, plus épaisses dans leur partie centrale ; la surface de la peau est rude au toucher ; sa couleur, généralement tachetée, varie du gris au noir d'ébène.

Dans la forme *lichénoïde* de Hardy, la peau est épaissie et sillonnée de plis allongés qui s'entre-croisent comme les hachures de dessins.

Dans la forme dite *cornée* ou *hystrix*, la peau est recouverte de saillies dures et volumineuses, tantôt larges et aplaties comme celles qui recouvrent la peau du crocodile (*sauriasis*), tantôt coniques ou prismatiques ; elles peuvent mesurer, dans ce dernier cas, plusieurs centimètres de longueur et rappeler dans leur ensemble l'aspect du porc-épic ; il en est ainsi chez les frères Lambert, dont Tilesius (2) a publié la description. Ces lésions peuvent predominer à la face.

Dans la forme *ptérygoïde* de Kaposi, la peau est recouverte de saillies molluscoïdes du volume de plumes de corbeau ; elles sont constituées par des filaments épidermiques disposés parallèlement et simulant des plumets. On trouve concurremment les lésions de l'ichtyose hystrix.

Ces différentes formes peuvent coïncider : l'ichtyose est dite alors *polymorphe*.

(1) Fournier, *Dict. encyclop.*, 1889, art Xérodermie.

(2) Tilesius. *Ausfürl. Beschreibung und Abbildund der Stachelschweinmenschen aus der englischen Familie Lambert, oder the Porcupineman*. Altenburg, 1802.

Digitized by Google

Dans l'ichtyose dite *paratypique* de Besnier, les régions habituellement indemnes peuvent être le siège principal des lésions.

Dans un cas *paratypique*, Thibierge (1) a constaté des lésions des muqueuses buccales et nasales consistant pour la plupart en un épaississement avec plis et sillons; chez le même malade, les cornées étaient le siège, dans leur partie centrale, d'une infiltration grisâtre.

Danlos a vu l'ichtyose coïncider avec une érythrodermie en réseau intéressant toutes les parties couvertes du corps (2).

L'existence d'une ichtyose *hypotrophique* est établie par les publications d'Audry (3), de Jadassohn (4) qui l'a décrite sous le nom de *pityriasis alba atrophica* et de l'un de nous (5) avec Jeanselme ; elle n'est que l'exagération de ce que l'on observe dans l'ichtyose serpentine. La peau y est très amincie; son élasticité y est amoindrie ; elle y conserve longtemps les plissements que l'on y provoque. Audry l'y a trouvée trop large pour les parties sous-jacentes ; l'altération était inverse dans le cas de Jadassohn ainsi que dans celui de l'un de nous (H.) ; elle se traduisait par une insuffisance de l'occlusion des paupières, l'exagération des plis cutanés, particulièrement à la face, dans les mouvements de physionomie, l'impossibilité de l'extension et de la flexion complète des *doigts ; la* peau semble, en pareil cas, collée à l'aponévrose. Le squelette peut concurremment être incomplètement développé. Il peut se produire des poussées intercurrentes de dermatite aiguë avec prurit intense (Jadassohn)

La *distribution* de l'ichtyose est presque toujours régulièrement symétrique.

Constamment, certaines régions sont moins atteintes que d'autres; presque jamais la surface cutanée n'est intéressée dans toute son étendue ; les plis des coudes, le haut des aisselles et les régions inguinales restent d'habitude indemmes ; il en est de même, le plus souvent, des creux poplités ainsi que de la paume des mains et de la plante des pieds ; la face est aussi épargnée, dans la plupart des cas ; lorsqu'elle est atteinte, les lésions y sont d'ordinaire peu prononcées ; on n'y voit que de fines squames.

A. Hardy admettait, contrairement à la plupart des auteurs, mais à juste titre, l'existence d'ichtyoses *partielles*. L'un de nous en a publié avec Guibal (1) un fait des plus démonstratifs : les altérations, très intenses à la tête et aux membres, faisaient complètement défaut au niveau du tronc ; leurs limites formaient, à la partie supérieure de chacun des membres, des courbes remarquables par leur dessin compliqué et leur parfaite symétrie.

La kératose pilaire coïncide en général avec une ichtyose partielle.

Le cuir chevelu est souvent recouvert de squames plus ou moins adhérentes ; les cheveux sont secs, lanugineux et généralement peu nombreux ; quelques-uns sont engaînés dans l'épiderme ; l'alopécie peut exceptionnellement être complète ; les sourcils et les cils font parfois presque complètement (Thibierge) (2) ; les poils sont atrophiés ; les membres ont été trouvés complètement glabres, excepté au voisinage des plis articulaires restés indemnes. Les ongles sont cassants ; leurs couches profondes peuvent être épaissies et présenter l'aspect de la moelle de jonc.

Les fonctions de glandes sébacées et sudoripares sont plus ou moins diminuées, d'où, en partie au moins, la sécheresse de la peau ; il se produit au contraire une sudation abondante au niveau des régions non envahies par l'ichtyose, et particulièrement aux aisselles ainsi qu'à la paume des mains et à la plante des pieds.

On peut voir survenir du prurit, de la rougeur et un aspect eczémateux ; il s'agit d'une exagération de l'état inflammatoire plus ou moins latent, non d'un véritable eczéma ; Unna propose d'appeler ce processus *catarrhe ichtyosique*.

L'ichtyose, une fois développée, dure toute la vie ; elle peut s'aggraver jusqu'au développement complet de l'individu et même à l'âge adulte (Tommasoli) ; on la voit souvent, dans ses formes légères, s'amender dans les saisons chaudes sous l'influence de la suractivité des fonctions cutanées ; elle peut s'améliorer aussi sous l'influence d'une fièvre éruptive, d'une grossesse et d'un traitement approprié, mais ce n'est jamais que passagèrement ; elle subit le plus souvent une recrudescence à la fin de l'hiver.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Les lésions varient suivant les cas. On ne peut encore déterminer quelle est l'altération initiale et essentielle de cette dermatose. Le plus souvent, la couche cornée est plus ou moins épaissie : elle atteint, dans l'ichtyose hystrix, des proportions énormes ; des lamelles s'y trouvent superposées comme celles

(1) Thibierge, *S. F. D.*, 1895.
(2) Danlos, *S. F. D.*, 1897.
(3) Aubry, *Formes atrophiantes de l'ichtyose* (*Journ. des mal. cut.* 1895).
(4) Jadassohn. *F. von pityriasis alba atrophicans* (*A. D.* 1894).
(5) Hallopeau et Jeanselme, *Ichtyose avec hypotrophie* (*S. F. D.* 1895).

(1) Hallopeau et Guibal, *Sur un cas d'ichtyose vraie, localisée et symétrique* (*S. F. D.*, mai 1898).
(2) Thibierge, *S. F. D.*, 1892.

Digitized by Google

du bulbe d'un oignon. Cette couche peut être au contraire amincie dans les formes serpentine et hypotrophique (Isaac) ; Jadassohn et Audry ont signalé, dans cette dernière, la disparition de l'éléidine. Le stratum lucidum et la couche granulense ont été trouvés atrophiés par Kaposi et Tommasoli. anormalement développés par Isaac ; la couche épineuse peut être également atrophiée, hypertrophiée ou normale; Neumann a trouvé les cellules épineuses anormalement développées dans les espaces qui séparent les papilles. Celles ci sont hypertrophiées quand les squames sont épaisses, et infiltrées d'éléments embryonnaires; elles deviennent énormes dans l'ichtyose hystrix ; leurs vaisseaux sont alors dilatés ; on peut les trouver atrophiées dans l'ichtyose vulgaire et entourées de granulations pigmentaires. On a signalé l'épaississement du derme et son infiltration par des éléments embryonnaires ; Leloir en a indiqué l'appauvrissement sensible en fibres musculaires. Les glandes sébacées sont le plus souvent atrophiées; il en est de même des follicules pileux et des poils où nous avons constaté de remarquables inégalités de calibre ; une série de renflement fusiformes y étaient séparées par des parties rétrécies, leur aspect rappelant ainsi celui qu'ils présentent dans l'aplasie moniliforme ; il en différait par l'irrégularité des renflements ; cependant les orifices folliculaires peuvent être distendus par des squames; on trouve même le plus souvent, au centre de celles-ci, un épaississement avec prolongement correspondant à l'un de ces orifices dilatés : il est possible que ces altérations des glandes et du derme soient secondaires et que l'altération initiale porte sur l'épiderme qui est troublé dans sa nutrition et dont la kératinisation se fait incomplètement et irrégulièrement; le corps muqueux jouant un rôle essentiel dans cette kératinisation, on peut, avec Thibierge, chercher à y localiser le processus du développement de l'ichtyose; dans un fait de Giovanini (1), les altérations prédominaient au pourtour des orifices sudoripares.

Si l'on étudie plus spécialement les lésions dans la *forme cornée*, on y constate une hyperkératose sans prolifération épithéliale, La couche épineuse est diminuée d'épaisseur; les papilles sont moins saillantes et se nivellent. La coïncidence de l'épaississement de la couche cornée avec un faible développement de la couche épineuse et des papilles caractérise cette forme d'ichtyose (Unna) : les crêtes papillaires s'y aplatissent ; les cellules cornées y sont remarquablement homogènes et dépourvues de noyaux ; la couche granuleuse y fait défaut : les cellules épineuses s'y kératinisent donc sans l'intervention de la kérato-hyaline (Unna). Les cellules profondes de la couche épineuse renferment fréquemment des grains pigmentés; on les trouve également disséminés dans les cellules du corps papillaire ou dans leurs intervalles. La kératinisation peut envahir partiellement les parties de la couche épineuse intermédiaires aux papilles.

L'hyperkératose se prolonge aussi dans les follicules pileux. sous deux formes : tantôt le conduit dilaté est le siège d'un entonnoir corné qui en outre un poil follet contourné en spirale et diversement infléchi, tantôt son orifice est complètement oblitéré par les couches cornées et il se trouve transformé en un kyste pilaire; les glandes sébacées sont atrophiées ; il n'y a pas de sebum dans ces kystes qui diffèrent des comédons.

L'épiderme des glandes sudoripares est tuméfié, leurs conduits sont dilatés ; ils subissent ainsi une compression réciproque qui explique l'anhidrose et l'asteatose (Unna).

On trouve dans les papilles une minime prolifération cellulaire; on l'a invoquée, à tort, en faveur de la nature inflammatoire du processus.

A la longue, le tissu connectif sous-jacent peut être épaissi; les muscles cutanés s'hypertrophient; dans la vieillesse, cependant, tous les éléments du derme subissent une évolution rétrograde.

Au contraire, l'*ichtyose serpentine* s'accompagne d'une prolifération de la couche épineuse; la couche granuleuse y est conservée, les papilles y sont saillantes; les prolongements kératinisés y pénètrent profondément dans la couche épineuse et il en résulte la production de perles cornées. Ces lésions rappellent celles de l'eczéma.

Suivant Tommasoli, dont l'opinion est restée isolée, ces altérations papillaires doivent etre interprétées, dans le sens d'une inflammation chronique très lente et très faible et divisée en deux périodes différentes, l'une progressive, caractérisée par l'infiltration embryonnaire et l'œdème lymphatique; l'autre régressive, caractérisée par la sclérose atrophique.

Kapozi a constaté que, dans la couche cornée, surtout dans les cas d'ichtyose hystrix, la substance unissante est plus abondante qu'à l'état normal.

La coloration plus ou moins foncée de l'épiderme doit être rapportée, en partie à l'accumulation des poussières dans les squames ou les écailles, en partie à une production exagérée de pigment dans l'épiderme; l'influence de la saleté est démontrée par ce fait que les productions cornées sont de moins en moins colorées à mesure qu'on les examine dans des couches plus profondes; celle d'une anomalie dans la pigmentation cutanée, par l'existence de

(1) Giovanini, *A. D.*, 1894.

Digitized by Google

taches pigmentées en dehors des squames, et aussi par la présence d'une quantité exagérée de granulations pigmentaires dans les cellules profondes du corps muqueux (Bærensprung). Isaac (1), ayant constaté la sécheresse de la peau dans des cas où les glandes n'étaient pas atrophiées, l'attribue à la compression exercée par la couche cornée épaissie sur l'éléidine ou la kératohyalide du stratum; il admet que ces substances concourent à la formation de la graisse.

Diagnostic. — Les commémoratifs empêchent de confondre l'ichtyose avec l'eczéma généralisé arrivé à sa période de desquamation ; ce sont eux également qui feront reconnaître les desquamations qui surviennent à la suite de maladies générales ayant gravement intéressé la nutrition et dont on peut rapprocher celles de la sénilité et celles que l'on observe chez les ataxiques.

Il existe plusieurs variétés de *pseudo-ichtyoses* qui peuvent être confondues avec l'ichtyose vraie.

La localisation des éléments éruptifs dans la sphère de distribution d'un nerf distingue de l'ichtyose vraie ceux qui constituent certains nævi ; leur localisation à des régions déterminées en sépare les pseudo-ichtyoses professionnelles.

Des concrétions sébacées peuvent prendre un aspect identique à celui des squames ichtyosiques ; la confusion est surtout facile dans les cas où ces concrétions se colorent en brun plus ou moins foncé sous l'influence de la saleté (*seborrhea nigricans*), mais l'interrogatoire du malade fait reconnaître que l'affection cutanée ne remonte pas à la première enfance ; et de plus, d'après l'observation de l'un de nous (H.), les plis et creux articulaires ne sont pas épargnés, les concrétions sont séparées par des interstices au niveau desquels la peau a son aspect normal, et on retrouve ce même aspect en enlevant ces concrétions par le grattage (2).

La forme hypotrophique peut donner lieu à des symptômes semblables à ceux de la sclérodermie: elle en diffère par l'absence d'induration et de cicatrices interstitielles, ainsi que par son défaut d'évolution.

Nature et Pathogénie. — La plupart des auteurs font de l'ichtyose une dystrophie congénitale de l'épiderme et peut être aussi du corps capillaire : ils s'appuient sur son apparition dans les premiers temps de la vie, sur ses caractères immuables ou ne se modifiant qu'en apparence sous l'influence de l'activité plus ou moins grande des fonctions cutanées, sur sa transmission fréquemment héréditaire.

Contrairement à cette manière de voir, Tommasoli la considère comme une dermatose lrée très probablement à une auto-intoxication de nature encore indéterminée ; il invoque à l'appui de cette interprétation les faits suivants : l'ichtyose aurait une évolution ; elle serait susceptible de guérir complètement ; on pourrait y distinguer une période d'altérations progressives et une période d'altérations régressives; son apparition serait précédée par une celle d'une rougeur indiquant un processus inflammatoire ; elle pourrait se développer sous l'influence de causes occasionnelles ; elle coïnciderait avec des troubles de la secrétion rénale.

Aucun de ces arguments ne nous paraît devoir entraîner la conviction ; les modifications histologiques dans la structure peuvent être rapportées à une évolution, non de la maladie, mais de l'individu lui-même ; la peau du vieillard n'est pas identique à celle de l'enfant ; on voit des difformités congénitales, telles que des nævi, se développer sous l'influence de causes occasionnelles ; l'hypérémie que l'on a pu observer peut s'expliquer par une réaction des vaso-moteurs papillaires sous l'influence de l'irritation provoquée par l'accumulation des produits épidermiques ; enfin les troubles de la secrétion urinaire n'impliquent rien relativement à la nature de l'affection.

La disposition rigoureusement symétrique avec contours nettement figurés des altérations dans les cas où l'ichtyose est limitée aux membres (H.), ne peut s'expliquer que par un trouble de développement. La coïncidence avec l'hypotrophie squelettique vient également à l'appui de cette interprétation actuellement au-dessus de toute discussion.

Traitement. — L'ichtyose est incurable ; cette difformité de l'épiderme faisant, pour ainsi dire, partie de la constitution de l'individu, il n'y a pas lieu de lui opposer un traitement interne ; on peut seulement maintenir le malade dans un état de guérison apparente en faisant tomber les squames au fur et à mesure qu'elles se produisent ; on y parvient, dans la grande majorité des cas, à l'aide d'onctions pratiquées, soit avec de l'huile d'amandes douces, soit avec de la vaseline pure ou additionnée de 5 p. cent d'acide borique, de 2 p. 100 d'acide salicylique et de 5 p. 100 de soufre, soit surtout avec de la glycérine, du glycérolé d'amidon ou du glycérolé tartrique à 5 p, 100, des lavages avec le savon mou de potasse mélangé d'un tiers d'alcool et des bains prolongés.

Ces moyens doivent d'abord être renouvelés tous les jours; quand les squames sont tombées, il suffit pour maintenir la peau en bon état, de faire des frictions et de prendre es dbains savonneux une ou deux fois par semaine.

Dans l'ichtyose hystrix, on peut recourir au râclage des concrétions.

(1) Isaac, *Arch. für Dermatologie*, 1890, p. 189.
(2) Moulage du Musée de Saint-Louis,

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de l'ataxie des Tabétiques.

Le traitement du Tabes, à part l'administration de l'iodure de potassium qui a un caractère un peu général est tout entier symptomatique : aux douleurs s'adressent les analgésiques; l'hydrothérapie, l'élongation, l'électricité ont leurs indications dans l'affaiblissement du système neuro-musculaire. Mais la nature même de l'ataxie que vient d'étudier dans une thèse très remarquable, notre collègue André Riche réclame un traitement tout différent, nous empruntons ce chapitre à son intéressant travail.

Pour remédier à la distribution irrégulière de l'influx nerveux dont les causes premières résident dans la fonction encéphalique troublée, fonction qui préside à la coordination des mouvements, c'est un reliquat des sensibilités cutanée, musculaire, articulaire, aponévrotique, tendineuse et des sens spéciaux que le médecin doit s'adresser pour fournir quelque soulagement à ses malades.

La *rééducation* agit en éduquant de nouveau et de la même manière que dans les premiers âges de la vie, les centres corticaux, mais avec des éléments différents, en forçant l'esprit à exécuter les opérations de la coordination avec des données autres. L'idée de la rééducation appartient à Martinet Granville, mais c'est Frenkel qui en 1882, a appliqué des exercices méthodiques. Depuis ce dernier, d'autres auteurs se sont occupés de la rééducation des ataxiques notamment Raymond, Grasset et Belugou en France. Tous les auteurs n'ont fait généralement qu'appliquer la méthode des exercices, en la modifiant plus ou moins dans les détails et souvent même en la compliquant au moyen de divers appareils.

La méthode, dit le Dr André Riche, est essentiellement médicale, distincte de la gymnastique ou du massage, auxquels les fonctions cérébrales n'ont aucune part, s'adressant uniquement à la force physique, Elle doit donc être conduite et surveillée par un médecin ayant fait un examen minutieux de l'état du malade.

Frenkel divise les mouvements en trois catégories ;

1° Contractions musculaires simples (flexion, extension, adduction, abduction).

2° Mouvements coordonnés simples.

3° Mouvements coordonnés composés.

Les mouvements simples d'abord, de plus en plus compliqués dans la suite, doivent être répétés soit quotidiennement, soit deux fois par jour, le matin au lit, l'après-midi debout. on réglera la durée des exercices, car ils entraînent une augmentation assez notable des pulsations. Le traitement exige, particulièrement au début, une correction sévère de chaque phase des mouvements.

La rééducation des membres inférieurs se faite soit dans le décubitus, soit dans la position debout: 1° dans le décubitus, elle détermine une plus grande précision dans les mouvements qui doivent être faits lentement, régulièrement et d'une façon continue; 2° dans la position debout, les premiers exercices seront surtout des exercices de marche; puis on tentera d'en faire exécuter d'autres; flexion des jambes, flexion du corps en avant et en arrière, les bras à la ceinture ou en diverses positions: le malade se levera sur la pointe des pieds; se mettra à cloche pieds, etc. La marche doit être exercée dans un local suffisamment éclairé pour que le sol soit aisément visible, à cause des troubles oculaires des tabétiques. La longueur du pas sera fixée à 68 centimètres chez l'homme, à 50 centimètres chez la femme (Gilles de la Tourette). Le premier soin du médecin doit être de faire retrouver à ses malades, l'équilibre mal assuré. Il exécutera devant eux tous les exercices en les décomposant, pour qu'ils puissent s'en rendre compte et comprendre ce qu'ils doivent faire.

Pour obtenir par la rééducation des mouvements du bras une précision plus grande. Frenkel, Golscheider et Jacob ont imaginé plusieurs appareils destinés à obliger le malade à accomplir les différents mouvements coordonnés simples ou composés; il est facile, à l'aide d'objets usuels, de remplacer ces appareils compliqués pour faire exécuter quelques exercices aux malades.

Tous les médecins qui se sont occupés de la rééducation attestent les bénéfices que certains ataxiques ont tirés de ces exercices. De plus, dans les cas où, après un long intervalle sans exercices, des modifications nouvelles des troubles sensitifs se sont produites, la rééducation du mouvement a lieu avec une beaucoup plus grande facilité. Enfin, on voit, par cette méthode, apparaître de la sensibilité profonde en des points où elle avait disparu.

Il n'existe pas, à proprement parler, d'indication ou de contre-indication de ce traitement; il y a seulement des conditions plus ou moins favorables. Les conditions favorables résident dans l'intégrité plus ou moins parfaite des différents éléments de la coordinadination des mouvements. Ainsi, moins les troubles de sensibilité superficielle sont accusés, plus les sens spéciaux fonctionnent régulièrement et plus la rééducation est aisée, la suppléance des diverses sensibilités s'établissant plus facilement. Enfin, le degré de conservation de la force musculaire, de la tonicité et de l'état trophique des muscles a une grande importance en faveur de la méthode. Au contraire, les troubles étendus et profonds de la sensibilité, l'anesthésie très prononcée, l'amblyopie, l'amaurose, les associations de la neurasthénie et de la paralysie générale, l'atrophie et l'hypotonie musculaire, les troubles trophiques des os et des articulations sont souvent des obstacles irrémédiables à l'application du traitement. De même, des troubles indiquant une lésion médullaire avancée, la cachexie servant souvent de véritables contre-indications. En résumé, les cas les plus favorables sont ceux de tabes arrêté ou à évolution lente.

La rééducation qui est plus qu'un traitement symptomatique, vient prendre place à côté des autres moyens thérapeutiques sans en exclure aucun. Il ne faut pas perdre de vue également que les tabétiques sont le plus souvent des

Digitized by Google

neurasthéniques et les exercices bien conduits de rééducation sont un modificateur puissant de ces états en raison des progrès rapides qui se manifestent au début du traitement. — A. P.

ÉTUDE CLINIQUE

Les compresses locales d'éther dans la hernie étranglée.

A plusieurs reprises, ainsi qu'à maint praticien, il m'est arrivé dans les premières heures d'un étranglement herniaire et alors que le taxis classique avait échoué, de réussir à l'aide de compresses d'éther appliquées sur le siège de la hernie. — Une lame de coton couvre le lieu du délit; toutes les quelques minutes on l'imbibe d'éther de manière à maintenir une impression permanente de froid sur la région douloureuse. — Au bout de 20 à 25 minutes de cette manœuvre, renouvelez la tentative de taxis; parfois l'intestin se réduit avec une facilité surprenante. — On peut en outre pratiquer une injection sous-cutanée de morphine au niveau des parties étranglées. — Cette complication de technique n'est pas indispensable, l'éther seul est suffisant; qu'on ne s'y méprenne pas, il constitue dans l'espèce un agent curateur de premier ordre. — Des étranglements datant de près de 48 heures, peuvent être réduits grâce à son emploi et cela spontanément, sans le concours d'aucune tentative *directe du* taxis.

L'observation qui suit nous semble péremptoire à cet égard.

Mad. S. — 52 ans, habitant le village de Vaux (Jura), est une personne nerveuse, atteinte en outre d'un fibrome utérin sous péritonéal de la grosseur du poing et qui ne la fait pas souffrir. Elle est affligée d'une hernie crurale gauche depuis de longues années et d'ordinaire la fait rentrer aisément. — Elle ne porte de bandage que d'une façon irrégulière, la plupart des appareils contenteurs étant mal supportés.

Le 28 décembre, à la suite de 3 jours de constipation, la hernie fait saillie et cette fois impossible de la rentrer. — Accompagnement immédiat de douleurs vives; les vomissements paraissent le lendemain. — Un confrère mandé au bout de 12 heures essaie en vain un taxis énergique; l'administration d'un bain tiède n'amène aucune sédation ; les vomissements deviennent fécaloïdes, les traits s'altèrent, le pouls dépasse cent pulsations. Dans le jour nouvelle tentative de taxis, toujours infructueuse, mais cette fois par un profane, une sorte de rebouteur d'un village voisin dont c'est la spécialité:

Le 30 décembre au matin, troisième essai de réduction sans résultat.

Notre confrère, qui avait tenté ce dernier effort, télégraphie à Lyon pour appeler un chirurgien. — C'est à ce moment que la famille, inquiète et sans réponse de Lyon, alarmée en outre, par l'aggravation croissante, nous demande notre avis. — Il y a 44 heures que les accidents ont débuté.

La face de la malade est si grippée, le pouls si faible et rapide que nous ne croyons pas pouvoir attendre au lendemain ; séance tenante, nous envoyons chercher à la pharmacie les objets de pansement et en même temps, prions un de nos confrères de Saint-Claude, de vouloir bien nous assister. — C'est trois heures d'attente auprès de la malade. — Le temps largement d'installer la table d'opération, de faire bouillir les instruments, de préparer les cuvettes.

Pour faire prendre patience à la malade et sans avoir la moindre foi dans le résultat, nous étalons notre couche de coton sur la hernie et l'humectons d'éther; lisant maintenant au chevet du lit, à tout instant nous nous relevons pour verser notre éther et maintenir le coton en état d'humidité. — Cela dure ainsi trois quarts d'heure environ. — Au bout de vingt minutes, la malade se sent mieux; les douleurs s'amendent, toutefois les vomissements fécaloïdes persistent.

Au bout de 45 minutes, nous sommes interpellés dans notre lecture : « Comme je me sens bien, fait Mme S. — « Nous nous approchons, la hernie avait disparue. — Elle était rentrée spontanément.

Donc après 44 heures d'étranglement et trois tentatives de taxis ayant certainement dans leur ensemble dépassé une demi-heure, une hernie crurale étranglée peut encore être réduite, grâce à l'usage exclusif et sans pression directe exercée par les mains, des compresses locales d'éther appliquées pendant trois quarts d'heure.

Notre malade étant très nerveuse, sans doute l'action constrictive exercée par le froid et la décongestion consécutive provoquée de ce fait sur les tissus profonds a pu être plus active que chez une personne plus épaisse et où les réflexes n'eussent pas opéré avec une intensité égale.

Quoi qu'il en soit, nous n'étions pas sans anxiété sur l'issue de cette rentrée inattendue de l'intestin. Quarante-quatre heures de constriction avaient pu avoir le temps de le sphacéler; d'autant que les tuniques intestinales ne devaient pas être nettes, contusionnées qu'elles étaient du fait des taxis répétés dont elles avaient eu à souffrir. —

Nos craintes heureusement restèrent sans fondement : quelques douleurs abdominales seulement les quatre jours suivants et tout était rentré dans l'ordre. — Quant aux vomissements, ils avaient cédé dès les premières minutes de la réduction.

Cette observation comporte un enseignement pratique que nous ne manquerons pas d'utiliser à l'occasion : nous prolongerons dorénavant la durée des applications locales d'éther dans la hernie étranglée et au lieu, comme nous le faisions, d'interrompre au bout de 20 ou 25 minutes, nous en continuerons l'usage jusqu'à 3/4 d'heure ou même une heure. A condition naturellement que la hernie soit vue dans les 48 premières heures : au-delà de ce terme, les risques seraient trop grands de réduire un intestin gangrené. — Ch Fiessinger.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Des injections de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire. — Les contre-indications de l'anesthésie générale sont encore assez nombreuses pour obliger dans certains cas le chirurgien à recourir à l'anesthésie locale.

La cocaïne est très précieuse à cet effet, et Reclus a montré tous les avantages qu'on pouvait retirer de son emploi en chirurgie. Récemment plusieurs chirurgiens ont pu opérer, après analgésie partielle obtenue par injection d'une solution de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire; Bier, Seldowitsch ont pu pratiquer des opérations sur les membres inférieurs avec une analgésie complète. Ledowitch rapporte également plusieurs opérations favorables. Tuffier, qui a expérimenté cette méthode, rapporte des observations très concluantes (*Pr. Méd.*, 99), tout en convenant qu'on ne peut encore prévoir ce qu'elle donnera définitivement.

La ponction lombaire, faite dans un but diagnostique ou thérapeutique, est d'une inocuité absolue, comme l'ont démontré les recherches de Quincke, de Sicard et d'autres. Mais pour que la méthode des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne soit utilisable, il faut en plus qu'elle donne une analgésie d'assez longue durée. Les auteurs précités ont pu faire des opérations assez longues portant sur les membres inférieurs; Tuffier a pu mener à bien une hystérectomie vaginale ; mais les résultats ont été négatifs pour les opérations abdominales.

Les phénomènes notés après ces injections sont de la céphalée, des nausées, des vomissements, tous transitoires d'ailleurs ; on n'a remarqué ni troubles cardiaques, ni troubles pulmonaires.

On a jusqu'ici employé des solutions au 50e, au 100e, au 200e, dont on injecte un ou plusieurs centimètres cubes; il faut en général 1 centigramme de cocaïne pour obtenir une analgésie durable; si l'opération est longue, on pourra répéter l'injection. A la suite de l'injection, l'analgésie n'est pas immédiate, il faut attendre quelques minutes, cinq, dix, parfois ; on peut utiliser ce temps à préparer le champ opératoire

La technique opératoire est simple, elle a été bien établie par Chipault. Le malade est placé sur le bord du lit, dans le décubitus latéral, les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses, afin d'écarter le plus possible les lames vertébrales. Il est alors facile de trouver l'espace sacro-lombaire, région de choix d'après Chipault ; mais l'injection peut encore être faite entre la 4e et la 5e vertèbre lombaire. On se sert d'un trocart ou d'une aiguille assez solide, longue de 10 centimètres environ. Celle-ci étant aseptique, ainsi que la région et les mains de l'opérateur, on l'enfonce d'un seul coup de 4 à 6 centimètres chez l'adulte en la dirigeant vers la ligne médiane ; reste à pousser l'injection aussi lentement que possible.

Cette méthode n'a pas dit son dernier mot, mais on peut déjà présumer qu'elle rendra de grands services en chirurgie ; mais auparavant, de nouvelles recherches sont nécessaires pour en bien préciser la technique, pour déterminer le siège de l'injection suivant la région à anesthésier ; enfin, comme le dit Tuffier, les titres, les doses, le véhicule de la substance analgésiante, les idiosyncrasies doivent être déterminées et précisées d'une façon exacte. A ces conditions seulement, l'injection sous-arachnoïdienne pourra être employée couramment, sans accidents et donner de bons résultats. — J.-H. M.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des lymphatiques de la vessie et de la prostate. — 1° Les lymphatiques vésicaux, niés par Sappey, furent étudiés en 1892, par M. Albarran, qui admit que la propagation lymphatique dans les tumeurs vésicales était fréquente. Pasteau a repris cette question intéressante (1), et d'après lui, l'existence des lymphatiques vésicaux peut être considérée comme démontrée par l'anatomie normale et comparée.

Les lymphatiques propres à la muqueuse ne sont pas encore démontrées. Des culs de sac plus ou moins dilatés qui se branchent sur les lymphatiques plus profonds, se rencontrent cependant à la face profonde de la muqueuse au niveau du trigone.

Les lymphatiques de la sous-muqueuse siègent dans les parties les plus profondes de cette couche jusqu'au contact de la couche musculaire.

Les lymphatiques de la couche musculaire moins volumineux que les précédents, serpentent entre les faisceaux musculaires ou traversent presque rectilignes toute la paroi. Ces derniers sont les véritables troncs de déversement des lymphatiques de la sous-muqueuse.

Les lymphatiques de la couche sous péritonéale, troncs collecteurs pour la plupart, descendent vers la région du col sur la face antérieure ou postérieure de l'organe; quelques-uns semblent cependant se diriger vers le sommet de la vessie du côté de l'ouraque.

Les ganglions auxquels se rendent ces lymphatiques doivent être divisés en : *vésicaux antérieurs, vésicaux latéraux* (le long de l'artère ombilicale), *iliaques externes* (peu importants), *iliaques internes.*

(1) Th. Paris 99. — Assoc. franç. d'urologie 1899.

Digitized by Google

Ces derniers s'étendent le long des vaisseaux iliaques internes et de leurs branches, et jusqu'à l'angle de bifurcation des vaisseaux iliaques primitifs.

Les propagations lymphatiques dans les tumeurs localisées à la vessie sont assez fréquentes dans l'ensemble. Exceptionnelles dans les tumeurs pédiculées, elles sont la règle dans les tumeurs infiltrées (85 p. 100). On les rencontre assez souvent dans les tumeurs sessiles (43 p. 100) car souvent il existe une « *infiltration larvée* » véritable propagation lymphatique aux couches sous jacentes.

Les ganglions pris ordinairement, sont les ganglions situés le long des vaisseaux iliaques ou de leurs branches (79 p. 100), les ganglions lombaires (24 p. 100) et les ganglions inguinaux (14 p. 100).

Les propagations lymphatiques sont la règle dans les cystites anciennes, tuberculeuses ou non, c'est-à-dire quand les lésions ont déjà gagné en profondeur la paroi vésicale.

Ce sont les ganglions iliaques et lombaires qui sont le plus souvent envahis.

Ordinairement, le clinicien ne peut percevoir les ganglions; mais il peut arriver à diagnostiquer le mode d'implantation des tumeurs et savoir s'il a affaire à un néoplasme pédiculé, sessile ou infiltré. Par conséquent, il peut arriver indirectement au diagnostic de la propagation ganglionnaire.

Puisqu'il y a des tumeurs propagées aux ganglions on ne *peut compter* toujours sur l'effet curatif d'une opération. On n'obtiendra la guérison complète que dans les tumeurs pédiculées bien localisées. Elle est plus incertaine pour les tumeurs sessiles et pour les tumeurs infiltrées, même si on a recours aux interventions les plus larges.

2° Les lymphatiques de la prostate sont assez facilement prouvés par les recherches anatomiques. Ils forment un réseau *intra-glandulaire* et un réseau *peri-glandulaire* dont les troncs efférents au nombre de quatre, deux postérieurs et deux antérieurs, se rendre aux ganglions situés sous la veine iliaque externe.

Dans les tumeurs de la prostate, les propagations lymphatiques sont la règle, elles sont même précoces. Les ganglions envahis, sont les ganglions iliaques (87 p. 100), les ganglions inguinaux (36 p. 100) ou lombaires (27 p. 100)

Dans les inflammations de la prostate. les propagations lymphatiques n'ont été que rarement signalées.

La propagation ganglionnaire est d'ordinaire facile à trouver dans les tumeurs de la prostate, mais, si, par exception, on ne perçoit pas de ganglions hypertrophiés, il faut se rappeler qu'il en existe quand même, ce qui contre-indique toute opération pratiquée dans un sens curatif.

Les adeno-phlegmons iliaques à point de départ prostatique méritent une mention spéciale et leur diagnostic conduira souvent à une intervention du côté de la région inguinale. — J. H. M.

OBSTÉTRIQUE

De l'influence du chancre syphilitique du col de l'utérus sur l'accouchement. — Le chancre du col de l'utérus passe souvent inaperçu, pour cette raison qu'il ne provoque généralement aucun trouble spécial qui le fasse rechercher, du moins à l'état normal. Il n'en est pas de même pendant la grossesse et surtout au moment de l'accouchement, il peut être une cause de dystocie. Le Dr Le Bigot (*Th. de Paris*, 99), vient de publier un travail intéressant sur ce sujet déjà étudié par Doléris, Blanc, Lecamus, Tarnier, Martin, Maygrier, Pinard.

Le chancre de l'utérus gravide présente quelques particularités ; il subit le contre-coup des modifications observées au niveau de l'utérus et qui consistent en une hypertrophie des différents éléments et une vascularisation plus grande.

Sa durée est généralement plus grande qu'en dehors de la gestation et même après la guérison, l'altération de la structure des tissus est telle que le col après la cicatrisation est incapable de se dilater.

Cette rigidité syphilitique du col se reconnaît à l'excessive induration des bords de l'orifice cervical, induration empiétant même quelquefois plus ou moins sur le segment inférieur ; le toucher, comme le dit Blanc, donne la sensation d'une résistance cartilagineuse. Les bords du col sont rouges, œdématiés, résistants, non douloureux. Le chancre se présente avec l'aspect d'une ulcération de couleur livide. Grâce à cette rigidité, on note la rupture prématurée des membranes ; aussi, la tête fœtale soumise aux pressions directes de l'utérus présente fréquemment une bosse sérosanguine limitée par le cercle rigide que forme l'orifice du col.

Dans les cas douteux, l'origine et la nature de cette rigidité du col, seront reconnues par un examen approfondie; on trouve en effet des accidents secondaires qui permettent d'affirmer le diagnostic de syphilis. Les lésions anatomiques observées dans ces cas ont été décrites par Fasola ; on trouve du côté du col des lésions de sclérose et d'endartérite analogues à celles que la syphilis détermine si fréquemment dans d'autres organes.

Dans les cas de syphilis du col, le travail est toujours très long ; c'est qu'en effet les contractions utérines ne peuvent vaincre la résistance du col ; de plus, du fait de la syphilis, les contractions utérines elles-mêmes sont très faibles. Aussi, l'on peut dire avec Doléris : « La syphilis et avant tout le chancre syphilitique du col de l'utérus évoluant pendant la gestation sont de nature à modifier la marche normale du travail, en prolongeant ou même en empêchant la dilatation régulière de l'orifice utérin. »

Le pronostic est toujours assez grave pour la mère et l'enfant ; la mère est épuisée par la lenteur du travail ; on peut observer des ruptures du col pouvant se prolonger sur le corps. Le pronostic est plus grave pour le fœtus ; car

Digitized by Google

l'accouchement est souvent prématuré et la survie très précaire.

Il importe donc au plus haut point de traiter le chancre du col et les accidents qu'il engendre. Dès la syphilis reconnue, on instituera le traitement spécifique.

Au moment de l'accouchement, Le Bigot recommande la conduite suivante : Faire des incisions du col en assez grand nombre pour que les bords de l'orifice utérin présentent à la pression exercée par la tête fœtale une résistance égale en tous les points. Si cela ne suffit pas, on devra recourir à l'opération césarienne ou même à l'opération de Porro, à moins que l'enfant ne soit mort, et dans ce cas seulement on pratiquera l'embryotomie ou la basiotripsie. — J.-H. M.

Des suites de la résection du col au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs. — M. Pinard ayant présenté une observation de rupture utérine au cours de l'accouchement chez une femme ayant subi une opération antérieure sur le col et la partie supérieure du vagin, une discussion s'ouvrit sur les résultats des amputations du col et leur influence sur la grossesse et l'accouchement. On cita des cas de dystocie après amputation du col, et quelques auteurs allèrent même jusqu'à condamner cette opération. La vérité est qu'on a beaucoup abusé de l'amputation du col et que dans de nombreux cas elle a été mal faite ; c'est là l'explication des accidents consécutifs et il ne faut pas jeter le discrédit sur une opération très utile lorsque ses indications sont nettes, et qui, lorsqu'elle est faite soigneusement, donne d'excellents résultats.

Nous ne possédons pas d'autres méthodes de traitement des métrites cervicales rebelles ; seule l'amputation permet d'enlever une muqueuse infectée, ulcérée, fongueuse, et des tissus indurés, criblés de kystes. De plus, elle agit indirectement sur le corps utérin en provoquant un travail régressif qui en fait le meilleur traitement de la métrite chronique du corps. Dans certains cas de cols coniques et étroits, elle rétablit la perméabilité et fait cesser la stérilité et la dysménorrhée.

Enfin, comme l'a fait remarquer M. Bouilly, les cols amputés étaient toujours plus ou moins malades et auraient présenté, si l'opération n'avait pas été faite, une certaine rigidité due à la sclérose des tissus, peut-être même celle-ci a-t-elle une certaine influence, même après l'opération, qui dans ce cas, ne serait pas seule responsable des accidents observés.

M. Pozzi (*Rev. de gynéc.* 99) pose en fait que l'opération bien conduite donne des succès constants, et que les méfaits reprochés sont dus soit à une mauvaise technique opératoire, soit à une asepsie post-opératoire incomplète ; l'une et l'autre aboutissant à la confection d'un orifice insuffisant avec ou sans formation de tissu inodulaire, ce qui constitue un obstacle à la dilatation.

La technique diffère suivant les auteurs, et l'on peut compter quatre variétés d'amputation du col.

L'opération d'Emmet, qui est une résection latérale avec suture d'une ancienne déchirure ulcérée ou sclérosée.

L'opération de Schrœder, dans laquelle après un débridement bilatéral, on sectionne transversalement la muqueuse intérieure qu'on excise en ménageant dans l'épaisseur de chaque lèvre du col un mince lambeau recouvert par la muqueuse extérieure et qu'on replie pour la suturer à la tranche de la muqueuse intra-cervicale.

L'opération de Simon Marckwald ou amputation biconique qui permet une réunion parfaite, un affrontement exact.

L'opération de Pozzi, ou évidemment commissural qui consiste en un débridement latéral suivi de l'évidement de chacune des surfaces cruentées par l'excision d'un petit prisme de tissu, ce qui permet de suturer sans tiraillement sur ces quatre points la muqueuse intérieure à la muqueuse extérieure.

L'opération de Schœder est la plus difficile, elle réclame une habileté qui n'est pas à la portée de tous.

Les conditions indispensables au succès d'une amputation du col sont les suivantes : L'affrontement devant être exact, les lambeaux seront mis en contact sur toute leur surface ; pour cela, il faudra les tailler en biseau, ni trop longs ni trop courts, ni trop épais ni trop minces.

De plus, la suture devant réunir toute la surface cruentée, les fils devront être placés profondément sous cette surface ; le crin de Florence paraît le plus apte à remplir les conditions d'asepsie et de solidité, la soie pouvant s'infecter, le catgut se résorber trop rapidement. Enfin l'orifice ménagé par l'avivement sera suffisamment ouvert.

A ces détails de technique, il faut ajouter l'asepsie la plus rigoureuse, non seulement pendant l'opération, mais après, lors des pansements et des injections.

Si toutes ces conditions sont réunies, ce qui réclame de la part de l'opérateur un peu de pratique et une certaine habileté, les accidents de dystocie qui ont effrayé les accoucheurs ne seront pas à redouter, la souplesse et la perméabilité du col n'étant nullement compromises.

En somme, on peut conclure ainsi : Si la résection du col est faite suivant une bonne technique, si l'on obtient la réunion par première intention, la fécondation ne sera pas entravée, mais souvent au contraire favorisée, la grossesse et l'accouchement seront normaux, le travail ne différant pas, ou peu, de celui qui s'accomplit lorsque l'utérus est normal.

Si, au contraire, l'opération est mal conduite, l'asepsie mal faite, on obtiendra une cicatrice irrégulière, difforme, le canal cervical sera rétréci, déformé et comme conséquence on pourra observer la stérilité, ou, si la grossesse a lieu, le travail de l'accouchement sera plus long, plus difficile ; c'est dans ces cas que se sont produits les accidents signalés, mais ils ne condamnent nullement l'opération. — J.-H. M.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Mode d'emploi du trional. — Le trional se dissout facilement dans la paraldéhyde : le sulfonal n'est que difficilement soluble dans ce liquide. Un essai du trional peut être basé sur cette propriété.

On prend, pour une partie de trional, trois parties de paraldéhyde ; le mélange, chauffé à 30 degrés, doit fournir une solution limpide lorsque le trional est pur ; du trional renfermant 10 p. 100 seulement de sulfonal donne dans les mêmes conditions un liquide louche.

Le trional se dissout dans 20 parties d'huile. Il sera dès lors possible d'administrer cette substance soit sous forme d'émulsion, soit sous forme de lavement.

Emulsion

Trional	1 gramme
Huile d'amandes douces	20 —
Sucre	8 —
Gomme arabique pulvérisée... } Gomme adragante pulvérisée.. }	ãã 0 gr. 20
Eau de fleurs d'oranger	10 grammes
Eau de laurier-cerise	2 —

F. S. A. une émulsion crémeuse

A prendre dans un demi-verre d'eau ou ou de lait.

Lavement

Huile d'amandes douces	10 à 20 grammes
Trional	0 gr. 50 à 1 gr.
Jaune d'œuf	n° 1
Eau	150 grammes

A. Brissemoret.

Sur l'emploi de quelques anthelminthiques. — L'action toxique des anthelminthiquee. et en particulier de la *fougère mâle*, de la *santonine* et de la *pelletiérine*. ne s'exerce pas exclusivement sur les vers intestinaux.

L'homme est également sensible à ces poisons, et s'il peut souvent en ingérer impunément d'assez notables quantités, ce n'est que grâce à la difficile absorption de ces substances par le tube digestif.

Cependant, à considérer le grand nombre des accidents d'intoxication parfois très graves causés par ces substances, on se rend facilement compte que cette absorption, variable probablement suivant les individus, est souvent encore trop rapide pour ne pas être trop dangereuse et qu'on ne saurait encore trop chercher à en diminuer l'importance par une administration judicieuse du médicament.

Pour se rapprocher des meilleures conditions d'administration d'un anthelminthique, il suffit de se rappeler qu'il doit, pour agir, arriver au contact direct des vers intestinaux et, pour ne pas nuire, être d'une absorption difficile et séjourner le moins possible dans l'intestin.

En voici trois exemples :

1° *Fougère mâle.* — D'un travail intéressant de Quirill sur cette plante, il résulte qu'elle renferme un poison du système nerveux produisant des phénomènes de paralysie et de collapsus. Or, Quirill a observé que l'absorption de ce poison par les voies digestives était particulièrement facilitée par l'adjonction d'huile et de corps gras.

En conséquence, il recommande de ne jamais administrer de corps gras concurremment avec la fougère mâle ou ses préparations.

Cette recommandation importante, reproduite d'ailleurs dans les bons traités de thérapeutique, semble trop souvent méconnue ou négligée.

Il suffit en effet de feuilleter les divers formulaires ou les publications périodiques pour trouver très souvent recommandé l'emploi de l'huile de ricin comme purgatif évacuateur de l'antelminthique et même pour trouver quelquefois associés l'huile de ricin et l'extrait oléo-résineux.

La recommandation de Quirill mérite plus de crédit et d'attention.

C'est pourquoi le calomel, la scammonée, le jalap et tant d'autres purgatifs non huileux devront remplacer l'huile de ricin si on ne veut pas augmenter les chances d'absorption du principe toxique de la fougère mâle.

2° *Santonine.* — Quoique insoluble dans l'eau, la santonine est très soluble dans le suc gastrique.

Aussi, son absorption se fait-elle très rapidement quand on l'administre en nature.

La perception des couleurs jaune et violet est la première manifestation d'une intoxication qui peut donner lieu à des accidents graves.

Or, cette absorption dangereuse, et qui diminue notablement l'action du médicament sur les ascarides, est rendue beaucoup plus difficile par l'association d'un corps gras, à l'inverse de ce qui vient d'être dit pour la *fougère mâle.*

Aussi, est-il indiqué de suivre, pour l'emploi de cette substance, les conseils de Kuchenmeister, qui propose de l'administrer en solution dans l'huile telle que :

Santonine	1 à 10 centigr.
Huile d'olive	60 grammes

Par ce procédé simple et facile, le malade est à l'abri de tout accident grave sans que l'antelminthique ne perde rien de son action.

3° *Pelletiérine.* — La pelletiérine est facilement absorbée et par suite susceptible de provoquer des accidents graves quand on l'administre sous forme de composé soluble.

Aussi, l'emploi du tannate de pelletiérine insoluble serait-il très avantageux si, suivant en cela la recommandation du Codex, on ne solubilisait le plus souvent ce sel au moment de son emploi par l'addition de suffisante quantité d'acide tartrique. C'est même cette solution qu'on désigne couramment sous le nom de tannate de pelletiérine.

Cette pratique défectueuse enlève en majeure partie les avantages du tannate sur les autres sels de pelletiérine.

C'est en poudre que doit être administré le tannate de pelletiérine (0 gr. 20 à 0 gr. 40 délayés dans un peu d'eau.)

Digitized by Google

Toutefois, si on n'a à sa disposition que cette solution de tannate de pelletiérine, on pourra néanmoins s'en servir, mais il sera alors prudent d'administrer en même temps quelques grammes de tanin, afin que celui-ci, qui s'absorbe très vite, se trouve toujours en quantité suffisante pour insolubiliser l'alcaloïde dans son trajet intestinal. — M. Hélouin, *interne en pharmacie des hôpitaux de Paris* (1).

La thyréoïdine dans le traitement de l'obésité. — M. Schiœdte (de Copenhague), étudiant cette question dans le service du professeur Faber, s'est proposé, par l'évaluation exacte de la quantité d'azote ingéré et excrété d'une malade soumise à une observation rigoureuse et au repos et par les pesées de répondre aux six questions suivantes :

1° La thyréoïdine a-t-elle pour effet de faire maigrir une personne atteinte d'obésite ?

2° La perte de poids doit elle être attribuée exclusivement à la combustion de la graisse ou, en partie, à la combustion des matières albuminoïdes et à une augmentation de l'élimination de l'eau ?

3° Est-il possible, en augmentant la quantité d'albumine ingérée et en diminuant la dose de thyréoïdine, d'empêcher une trop grande déperdition d'azote.

4° Quelle influence la thyréoïdine exerce-t-elle sur la tempé ature et le pouls ?

5° Quelle est son influence sur l'état général ?

6° Quelle est la valeur thérapeutique de la médication thyroïdienne ?

Nous verrons plus loin quelles réponses l'auteur se croit autorisé à faire à ces questions.

Le médication thyroïdienne de l'obésité, après avoir été, pendant un certain temps, réellement à la mode, est maintenant de plus en plus abandonnée. Cet abandon est-il justifié ?

Les raisons pour lesquelles on abandonna peu à peu le traitement de l'obésité par la glande thyroïde étaient de deux ordres. On avait signalé des accidents divers, tous confondus sous le nom de *thyroïdisme*, dans le traitement du myxœdème par la glande thyroïde, et on craignait d'en avoir d'analogues dans le traitement de l'obésité. Les accidents avaient été : de la tachycardie, des troubles de la transpiration, de la polyurie, de la faiblesse générale, des migraines, des congestions, de l'anorexie des vomissements, du tremblement, des palpitations, de la fièvre, des exanthèmes, de l'albuminurie, de la glycosurie, de la paralysie du cœur et la mort. La seconde raison était la crainte d'une déperdition d'albumine de l'organisme.

Pourtant, on n'a jamais signalé des accidents tant soit peu graves de thyroïdisme dans le traitement des obèses. On peut bien noter de la tachycardie, des maux de tête, un peu de nervosité, mais c'est tout. C'est que les obèses ne réagissent pas de la même façon contre la thyréoïdine que les myxœdémateux. Cela ne veut évidemment pas dire qu'on puisse administrer la thyréoïdine aux obèses sans discernement. Il ne faut pas dépasser certaines doses. Dans quelques cas, où des obèses ont pris, de leur propre initiative, une grande quantité de thyroïdine, il y a effectivement eu des accidents graves.

La malade qui a été le sujet de la principale observation de M. Schiœdte était une femme âgée de 51 ans, d'un poids net de 116 kilogr. 160 gr. au commencement de la cure. Elle avait une hérédité obèse très chargée. Son cœur et ses poumons étaient en bon état, elle n'avait pas de sclérose artérielle. Elle jouissait, en somme, d'une bonne santé, mais elle avait un peu d'œdème des membres inférieurs, qui étaient le siège de douleurs assez vives, et la marche lui était très pénible, à cause des douleurs et de l'essoufflement.

Cette malade fut soumise d'abord, pendant une période de dix jours, à un traitement préparatoire qui consistait en un régime de demi-ration. La nourriture de chaque jour était composée de 250 grammes de viande de bœuf maigre, 250 grammes de pain blanc, 25 grammes de beurre, 45 grammes d'œuf, 50 grammes de sucre, 400 grammes de thé, 200 grammes de bouillon. La valeur en calories de ces aliments est de 1560. Déduction faite des matières fécales qui contenaient 63 calories, il lui restait donc 1497 calories, ce qui correspond à 13 cal. par kilogramme. (Le poids de la malade le premier jour du traitement était de 113 kilog. 840 gr.). Après 10 jours de traitement la malade avait diminué de 540 grammes ou 54 grammes par jour. L'azote des matières fécales et de l'urine fut dosé pendant ce temps. La quantité d'azote ingéré fut constamment plus grande que la quantité excrétée.

Nous dirons dans la suite que le *quotient azotique* est positif quand l'azote ingéré dépasse l'azote excrété et qu'il est négatif dans le cas contraire.

Le quotient azotique variait entre + 5.6 le premier jour et + 1.5 le dernier.

Après cette période de contrôle, le traitement thyroïdien fut commencé. La préparation administrée était de la thyréoïdine (extrait glycériné de thyréoïdine), en pilules de 0.05 centigrammes chacune. Le régime alimentaire était le même.

Les quatre premiers jours on donnait 1, 2, 3, 3 pilules. La diminution de poids fut de 162 grammes par jour ; le quotient azotique diminuait. Un jour il fut négatif.

Pendant les six jours suivants, elle prenait cinq pilules par jour. La perte de poids fut de 271 grammes par jour. Le quotient azotique devint négatif. Un jour, il fut de 2.83, chiffre le plus bas.

Pendant les quatre jours suivants, le nombre des pilules était de quatre par jour. La perte de poids fut de 375 gr. par jour. Le quotient azotique remontait un peu. On dimi-

(1) *Bull. de Pharm.*, 1900, n° 2.

Digitized by Google

nuait la ration alimentaire avec 25 grammes de pain blanc. La malade se sentait très fatiguée.

Pour élever le quotient azotique et le rendre positif on ne donnait pendant les quatre jours suivants que deux pilules par jour et on augmentait la ration avec 25 grammes de viande maigre et 45 grammes d'œuf, ce qui correspond à deux grammes d'azote, chiffre approximatif de la déperdition azotique journalière pendant la période précédente. Composée de cette façon, la ration journalière contenait 1621 calories, ce qui, déduction faite des matières fécales, donnait 14 calories par kilogramme. La perte de poids fut pendant ces quatre jours, de 112 grammes seulement par jour et le quotient azotique remontait jusqu'à devenir positif le premier jour, et légèrement négatif les trois autres jours.

Pendant tout le reste du traitement thyroïdien qui durait en tout 62 jours, la ration journalière était la suivante : viande de bœuf dégraissée 300 grammes, pain blanc 200 grammes, œufs 145 grammes, beurre 25 grammes, thé 200 cc. café 400 cc., bouillon 200 cc., lait 200 cc. Cela représente 1500 calories ou de 14.1 à 15.1 par kilogramme, après une diminution progressive de poids.

Pendant 10 jours, on donnait deux pilules par jour. La perte de poids fut pendant ces dix jours de 200 grammes par jour. Le quotient azotique était positif..

Pendant six jours, la malade prit trois pilules par jour et dinuait de 83 grammes par jour.

Dans une même période de 18 jours, elle prenait quatre pilules par jour et diminuait de 180 grammes par jour. Le quotient azotique descendait alors pendant huit jours au-dessous de 1 et devint par conséquent négatif, mais légèrement. Il devint de nouveau positif sans augmentation de la ration d'albumine.

Pendant les derniers 10 jours du traitement thyroïdien elle prenait cinq pilules par jour. Alors le quotient azotique devint de suite négatif, avec tendance à l'équilibre vers la fin. La perte du poids fut de 205 grammes par jour.

L'observation fut continuée pendant encore une période de huit jours après la cessation du traitement thyroïdien, mais avec le même régime. On nota alors que le quotient azotique devint positif. La perte du poids fut de 87 grammes par jour. La malade avait reçu pendant tout le traitement 223 pilules de thyréoïdine de 5 centigrammes, en tout 11 gr. 15.

La première question à laquelle l'auteur s'était proposé de répondre était la suivante : *La thyréoïdine a-t-elle pour effet de faire maigrir une personne atteinte d'obésité?* Chez la malade soumise au traitement, la perte totale de poids avait été de 11 kilos 384 grammes dans 80 jours. Pendant la période anté-thyroïdienne de 10 jours, la perte était de 54 grammes par jour; pendant la période thyroïdienne de 200 grammes par jour et pendant une période post-thyroïdienne de 8 jours de 87 grammes par jour. Il est donc évident que l'administration de thyréoïdine fait maigrir. L'observation montre également que le degré de diminution de poids est en rapport avec la dose de thyréoïdine employée. L'effet a été constant pendant 62 jours, avec une tendance à diminution de l'effet vers la fin.

La deuxième question était la suivante : *La perte de poids doit-elle être attribuée exclusivement à la combustion de la graisse ou, en partie, à la combustion des matières albuminoïdes et à une augmentation de l'élimination de l'eau?*

Le calcul du quotient azotique de chaque jour montre qu'au début du traitement surtout, une forte dose de thyréoïdine rend ce quotient négatif. Mais peu à peu l'organisme semble s'immuniser à cet égard et le quotient azotique s'élève, même avec d'assez fortes doses de thyréoïdine. Si l'on additionne les quantités d'azote ingérées et les quantités excrétées pendant l'ensemble du traitement on ne trouve qu'une différence de deux grammes en faveur de l'azote excrété, donc une perte de deux grammes pendant 62 jours, quantité négligeable.

La quantité d'urine n'a pas montré des variations notables. Une fois seulement elle s'élève à 1400 c. c.

M. Schiœdte répond donc à la deuxième question en disant que les pertes de poids doivent être attribuées exclusivement à la combustion des graisses.

La troisième question était la suivante : *Est-il possible, en augmentant la quantité d'albumine ingérée et en diminuant la dose de thyréoïdine, d'empêcher une trop grande déperdition d'azote?*

L'observation permet de répondre d'une façon affirmative à cette question.

La quatrième question était celle-ci :

Quelle influence la thyréoïdine excerce-t-elle sur la température et le pouls?

Pendant toute la période du traitement thyréoïdien, la température du soir montait de quelques dixièmes et la malade avait une sensation de chaleur sur tout le corps.

Quant au pouls, il variait avant le traitement entre 68 et 72. — Pendant le traitement, il devint plus fréquent. Généralement la fréquence oscillait autour de 90. Très rarement, il montait jusqu'à 120. Après le traitement, il se ralentissait pour devenir normal dans quelques jours.

La cinquième question était celle de l'*influence de la thyréoïdine sur l'état général.*

Pendant la première période du traitement, la malade avait quelques petits symptômes de thyréoïdisme, des maux de tête, des douleurs abdominales, des palpitations, de la nervosité. Elle se sentait un peu faible, surtout pendant les jours de grande déperdition d'azote. Mais tous ces symptômes disparurent bientôt et furent remplacés par une amélioration sensible. La malade qui, avant le traitement, n'avait marché que très péniblement, pouvait faire une promenade de deux heures par jour. Elle ne montrait jamais trace de tremblement.

Elle avait moins la sensation de faim que d'habitude pendant la cure d'amaigrissement, parce que la ration alimentaire était un peu plus forcée que de règle pendant une telle cure — 1500 calories au lieu de 1100 en moyenne.

Digitized by Google

A propos de la sixième question, celle de la *valeur thérapeutique de la médication thyroïdienne*, l'observation montre que les accidents de thyroïdisme ne sont pas à craindre, si on n'élève pas la dose au-delà d'un certain point. — Il faut pourtant toujours surveiller les malades de près et faire peser tous leurs aliments. — Il n'est pas nécessaire de les analyser, non plus que les excreta par la méthode de Kjeldahl, qui exige une certaine habitude et prend du temps. On peut se servir de l'uréomètre d'Esbach qui donne des résultats rapides et suffisamment exacts.

L'alimentation doit être riche en azote.

Il va de soi que le traitement thyroïdien ne doit pas être mis seul en pratique. Il faut l'associer à une diminution de la ration alimentaire. — Kr.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

De la fièvre pernicieuse dysenterique. — M. Laveran rend compte d'un travail de MM. Kanellis et Cardamatis, d'Athènes. Ils constatent, avec la plupart des auteurs, que la dysenterie et la fièvre palustre se compliquent souvent, l'affaiblissement et l'anémie où chacune de ces maladies jette les sujets qu'elle atteint gravement constituant pour l'autre une véritable prédisposition.

Ils ajoutent que, quand la dysenterie et la fièvre palustre existent chez un malade, ces deux entités morbides évoluent d'une façon distincte, sans que les effets de l'une soient modifiés par les effets de l'autre. Toutefois, chez les malades atteints de dysenterie et de paludisme, la dysenterie s'aggrave pendant les paroxysmes fébriles, les selles deviennent plus fréquentes, les coliques sont plus fortes, la prostration augmente et les accès peuvent prendre un caractère de gravité qui les rapproche de très près des accès pernicieux véritables.

La dénomination d'accès pernicieux appliqués à ces cas est critiquable. puisque l'agent pathogène du paludisme n'est pas seul en jeu et qu'une part importante revient à la dysenterie dans la genèse des accidents.

Polyarthrite déformante de l'enfance. — M. Moncorvo, de Rio, envoie l'observation d'un enfant de cinq mois et demi, né d'une mère rhumatisante, et atteint depuis l'âge de deux mois, d'arthrites déformantes metacarpo-phalangiennes de plusieurs doigts. L'auteur fait remarquer que cette affection est assez rare à cet âge

Lecture. — M. Springer lit une note sur le traitement des arrêts de croissance. — *(9 janvier.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Médication thyroïdienne dans les fractures. — M. Potherat rapporte deux observations de fractures de jambe non consolidées, l'une au bout de 4 mois chez un homme parfaitement constitué, l'autre au bout de 2 mois et demi chez un sujet athéromateux. Tous deux furent soumis à l'action de la thyroïdine (0 gr. 60 *pro die*) pendant trois semaines, et virent leurs fractures se consolider, grâce à l'interposition d'un cal solide.

Ces faits semblent favorables à la médication thyroïdienne et prouvent qu'elle mérite d'être essayée dans les cas de retard de consolidation des fractures, malgré les faits négatifs qui ont été rapportés.

Epingles à cheveux dans la vessie chez la femme. — M. Picqué formulait, il y a un an, l'opinion qu'il fallait délaisser tous les procédés d'extraction par les voies naturelles quand il s'agit de corps pointus comme les épingles à cheveux introduits dans la cavité vésicale de la femme, et il se ralliait à la pratique de la taille.

Depuis lors, M. Guillet, de Caen et M. Mougeot, de Chaumont, ont adressé à la Société deux observations d'extraction les voies naturelles d'épingles introduites dans la vessie chez la femme.

Les malades étant chloroformées, et l'urèthre largement dilaté séance tenante, l'introduction du doigt dans la vessie permit de changer la situation des épingles, de les faire basculer de façon à les saisir par leur bord mousse et de les retirer sans aucune difficulté. Dès le lendemain les malades pouvaient reprendre leurs occupations.

M. Guinard. — L'introduction d'un crochet à boutons dans la vessie permet quelquefois de retirer très aisément les épingles qui y sont introduites.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Discours de M. H. Huchard

Président de la Société de Thérapeutique (1).

Chers collègues,

Vous remercier du grand honneur que vous m'avez conféré en m'appelant cette année à la présidence, semble être un compliment banal. Et cependant, rien de plus vrai et de plus sincère que ma vive reconnaissance. Depuis 20 années, je participe à vos travaux, et le titre enviable de président de la Société de thérapeutique est presque le couronnement d'une carrière médicale; il est un honneur dont on ne saurait trop apprécier le prix et dont je sens tout le poids.

Succédant à un président dont la parfaite courtoisie est si appréciée, dont la science n'a d'égale que la modestie, je craindrais de ne pas répondre à vos espérances, si je n'avais pour m'aider dans la tâche, le dévouement éprouvé de notre secrétaire général auquel la Société de thérapeutique est en

(1) Séance du 10 janvier 1900.

Digitized by Google

grande partie redevable de sa nouvelle prospérité, si je n'avais à mes côtés tous les membres zélés du bureau, deux vice-présidents qui rehaussent de toute l'autorité de leurs noms et de leurs travaux les fonctions présidentielles.

Ma première pensée a été une parole de sincère remerciement pour vous tous, mes chers collègues; ma seconde pensée, inséparable de la première, veut adresser au président et aux membres du bureau sortant l'expression de toute notre gratitude, et souhaiter la bienvenue à nos collaborateurs du bureau actuel. Malheureusement, cette première journée de nos séances est voilée par un deuil, celui de notre ancien président M. Ferrand dont les fermes convictions savaient si bien s'allier à l'aménité du caractère, dont la vie n'a été que labeur et honneur, et qui a laissé ici d'unanimes regrets, un souvenir que les années ne pourront de longtemps effacer.

Si j'éprouve un sentiment de légitime fierté à la pensée de diriger vos savantes discussions, c'est encore parce que je me suis fait toujours une haute idée de notre Société. En effet, la thérapeutique est la raison d'être, le but de la médecine. C'est vers elle que viennent converger tous les efforts, tous les travaux, toutes les découvertes. Il ne suffit pas, comme autrefois, de connaître sa matière médicale, d'assembler plusieurs drogues dans la même formule, de combattre un symptôme sans en scruter la pathogénie. Un thérapeute, digne de ce nom, doit être à la fois clinicien et physiologiste : clinicien pour établir sûrement l'indication thérapeutique, c'est-à-dire la notion de l'opportunité médicamenteuse ; physiologiste pour étudier, fixer la pathogénie des symptômes et le mode d'action des remèdes. « Aujourd'hui — disait Claude Bernard — que la médecine a la prétention de devenir une science véritable, il faut absolument qu'elle ait recours à la physiologie, soit pour comprendre le mécanisme des maladies, soit pour expliquer l'action des médicaments. » Et Claude Bernard ajoutait qu'il ne faisait pas de la physiologie pour la physiologie elle-même, mais bien « parce qu'elle est la base de la médecine scientifique. » En un mot, la thérapeutique doit être physiologique, ou elle n'est pas.

Elle a encore pour point d'appui la chimie, comme M. le professeur Pouchet vous le démontrait il y a un an en quittant une présidence dont vous n'avez certes pas oublié la grande autorité.

Le siècle qui finit a vu s'accomplir la plus grande révolution scientifique : elle est née des découvertes pastoriennes, et comme la thérapeutique marche dans l'ombre des doctrines médicales à ce point que ses erreurs ont toujours été les erreurs de ces doctrines, on peut affirmer que nous assistons à la rénovation de la pathogénie dans les maladies, à l'essor nouveau des grands principes d'hygiène et d'une thérapeutique vraiment rationnelle. Ces doctrines étant définitivement acquises, on ne pourra plus dire que les médecins changent souvent d'idées fixes, puisque ces idées désormais immuables, s'appuient sur l'observation des faits, sur l'expérimentation aussi rigoureuse que possible.

Depuis plus de vingt ans, il y a quelque chose de changé en médecine. Les cadres nosologiques d'autrefois se démembrent, l'inflammation dont le joug a durant tant de siècles pesé sur la pratique médicale, ne règne plus en maîtresse, elle n'est plus qu'un phénomène réactionnel ou secondaire, au lieu d'être un phénomène causal ou primitif. A la clarté des doctrines pastoriennes, le rôle de l'infection a été le plus souvent substitué à celui de la phlegmasie, d'où une orientation nouvelle pour la thérapeutique.

Dès lors, mes chers collègues, ne vous semble-t-il pas que les progrès de la chimie, de la physiologie et de la bactériologie nous imposent la continuation d'une œuvre, de ce que l'on serait tenté d'appeler la *réforme de la thérapeutique ?* Ne croyez-vous pas que notre Société se doit à elle même de poursuivre plus que jamais cette réforme et de l'accomplir ?

Le moment semble venu, dans cette période de transition entre un siècle qui finit et un autre qui commence, de fixer, par exemple, les règles des associations médicamenteuses, utiles sans doute quand elles sont synergiques, mais détestables lorsqu'elles réunissent dans une même formule des substances antagonistes au double point de vue chimique et physiologique. L'art de formuler n'est plus l'art de faire, en quelque sorte, des mariages contre nature entre plusieurs médicaments dont l'action physiologique est absolument opposée, ou dont les propriétés chimiques arrivent à produire, comme avec deux parties de glycérine unies à une partie d'acide chromique, ou encore avec d'autres associations inattendues, des mélanges aussi étonnants que détonants. Au point de vue physiologique, sait-on ce que l'on fait lorsqu'on réunit dans une potion — véritable bouillabaisse thérapeutique, permettez-moi le mot — de la teinture de digitale, de la teinture de strophantus, du sulfate de spartéine, du laudanum et de la belladone, ou lorsqu'on fait succéder des médicaments divers dans un trop court espace de temps, avant que l'organisme ait pu éliminer les premières substances médicameuteuses dont on l'a d'abord imprégné ? D'aucuns disent qu'on ne sait pas ce que l'on fait. Soyons plus sévères, et affirmons que l'on fait de la mauvaise thérapeutique, si cela peut s'appeler de la thérapeutique. On risque fort de détruire l'action

Digitized by Google

médicamenteuse ou même d'intoxiqu erles malades, ce qui donne alors raison à notre vieux Montaigne : « Lorsque les vrais maux nous faillent, la science nous preste les siens. »

Sans vouloir trop légiférer, on peut proposer cette conclusion : Le plus rarement possible on devrait associer dans le même temps deux ou plusieurs médicaments actifs, à moins que ceux-ci possèdent des propriétés physiologiques presque identiques, ou capables de se prêter un mutuel appui.

D'autre part, la Société de thérapeutique a le devoir de mettre les praticiens en garde contre l'abus de certains médicaments : de la digitale dans les cardiopathies bien compensées, des iodures dans les affections cardio-artérielles lorsqu'elles sont à leur dernière période, de l'antipyrine dans tous les cas où le rein fonctionne incomplètement, etc.

Le moment ne vous semble-t-il pas venu de rompre un peu avec le passé, de simplifier la matière médicale, d'en bannir toutes les vieilles drogues qui encombrent notre pharmacopée et que nous avons l'air de conserver par « révérence de l'antiquaille », selon l'expression de notre bon Rabelais ? Peut-être arrivera-t-il un jour où l'on écrira un livre ainsi conçu : « la thérapeutique en 20 ou 30 médicaments », mais avec des médicaments dont nous connaîtrons complètement toutes les propriétés physiologiques. Alors, à ce moment, on ne pourra plus dire que l'apparente abondance de nos richesses cache une réelle pauvreté, que nous n'avons que des médicaments et pas de médications. Nous serons de bons ouvriers connaissant très bien nos outils et sachant nous en servir. Puis, la sélection se fera encore pour tous les nouveaux médicaments — beaucoup d'appelés et peu d'élus — qui viennent tous les jours, avec des noms divers et parfois très sonores, jeter singulièrement le trouble dans l'esprit des praticiens.

C'est pour ces raisons, que déjà l'année dernière j'ai eu l'honneur de vous proposer de commencer et de poursuivre la publication d'une œuvre utile sur l'étude physiologique et thérapeutique des principaux médicaments, sur le traitement physiologique des maladies. Dans la même pensée, vous avez bien voulu nommer, *honoris causâ*, au titre de membres correspondants, un grand nombre de médecins étrangers choisis parmi ceux qui honorent le plus notre profession par leurs travaux et par leur science. Pendant cette grande année de l'exposition universelle, ils nous feront l'honneur, tel est notre ferme espoir, de venir nous apporter le concours de leurs lumières et de leur expérience pour résoudre tour à tour quelques questions importantes de thérapeutique et d'hygiène. Il vous appartiendra sans doute de formuler vous-mêmes ces diverses questions, et sans vouloir préjuger sur votre choix, je prends la liberté d'en soumettre quelques-unes à votre approbation ou seulement à vos méditations :

1° *Quels sont les médicaments anciens ou nouveaux qu'il convient de rayer des pharmacopées ?*

2° *L'antagonisme physiologique et thérapeutique dans ses rapports avec les associations médicamenteuses.*

3° *Quel est le meilleur régime alimentaire : à l'état normal, comme à l'état pathologique, dans les diverses dyspepsies, dans les maladies nerveuses, dans les affections de l'appareil circulatoire ?*

4° *Y a-t-il une neurasthénie ou des états neurasthéniques ? Y a-t-il une médication ou des médications contre les états neurasthéniques ?*

Ainsi, à partir du mois de mai, dès l'ouverture de l'exposition, nous aurons pendant plusieurs mois au sein de notre Société, une sorte de Congrès permanent et largement ouvert à tous les savants de l'étranger ou de la province qui nous feront le grand honneur d'assister à nos séances. Par là, nous ne voudrons certes pas nous substituer en quelque sorte au Congrès international de médecine. Bien au contraire, nous voulons agir de concert avec lui, joindre nos travaux aux siens, nos efforts aux siens, et quoique la plupart des Sociétés savantes aient été insuffisamment consultées ou représentées, la Société de thérapeutique tiendra à honneur d'affirmer son importance et sa vitalité par de nombreuses communications au Congrès international, par le chiffre imposant de ses adhérents. Et si la médecine française avec les trois grands révolutionnaires scientifiques du 19e siècle — Laennec, Cl. Bernard, Pasteur — a pu contribuer pour une si grande part à la conquête de mondes nouveaux ou inexplorés, de l'auscultation avec la physiologie et la bactériologie, elle montrera encore qu'elle ne sait pas seulement faire jaillir l'étincelle, mais qu'elle veut toujours entretenir la flamme.

Je m'arrête... Car, j'ai peut-être abusé de votre bienveillante attention, et je crains d'avoir trop versé dans le discours-programme. Pour un instant, laissez le programme, et retenez du discours l'expression réitérée et bien sentie de mes remerciements, la ferme promesse de toute ma volonté pour répondre à la confiance dont vous m'avez honoré, pour continuer les bonnes traditions de notre chère Société, pour diriger vos débats avec l'amicale courtoisie dont mes prédécesseurs et vous-mêmes m'avez donné l'exemple.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEDER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker. — M. le Dr A. ROUTIER.

Diagnostic de l'appendicite

Dans les diverses discussions qu'a soulevé la question de l'appendicite, dans les diverses publications ayant trait à ce sujet, je dois avouer que j'avais toujours été étonné de voir l'importance que certains auteurs donnaient au chapitre du diagnostic différentiel, tant celui-ci m'avait toujours paru simple et évident.

J'ai certes vu beaucoup d'appendicites, il m'a fallu arriver jusqu'à ce moment pour trouver des cas où le diagnostic contrairement à ce que j'avais toujours vu, n'a pas pu être porté, ou a comporté tout au moins de grandes réserves ; il m'a paru intéressant de vous les faire connaître.

Dans un premier cas, il s'agit d'un jeune garçon de 18 ans qui fut pris brusquement de douleurs dans le ventre, avec 40°. Son médecin, un de mes collègues des hôpitaux, crut à une appendicite et me fit demander vingt-quatre heures après le début des accidents : le ventre était en effet légèrement ballonné, mais la douleur était vague, diffuse, il n'y avait pas d'occlusion intestinale, le malade rendait des gaz, il me sembla que le cas n'était pas net et qu'il n'y avait pas d'indication immédiate à l'intervention.

Néanmoins, le malade fut mis à la diète absolue avec un *sac de glace* sur le ventre ; le lendemain matin, j'affirmais qu'il n'y avait pas d'appendicite malgré l'incertitude du diagnostic, et quelques jours après, j'apprenais que ce jeune homme avait eu une scarlatine.

Dans mon second cas, il s'agit d'un homme âgé de 65 ans environ, que je vis au 8e jour de sa maladie.

Après une ingestion peut-être inconsidérée de boissons froides, il était survenu brusquement dans la nuit une douleur dans le côté droit du ventre, un peu plus haut que le point de Mac Burney ; en même temps il y avait eu des vomissements ; la médication ne resta pas expectante, on purgea le malade et on le repurgea, ce qui parut d'abord réussir, si bien que le troisième jour on permettait au malade de reprendre ses repas ordinaires : dès la première tentative, tous les phénomènes reparurent plus intenses, et quand je fus appelé, je me trouvai auprès d'un moribond : le pouls petit, dépressible, très rapide, la langue sèche, le ventre ballonné, presque insensible partout, l'anurie presque absolue, me firent diagnostiquer une septicémie péritonéale d'origine appendiculaire, mais trop avancée pour pouvoir espérer quoi que ce soit d'une intervention; le malade mourait douze heures après ma visite : il y avait bien septicémie péritonéale, mais elle était partie d'une vésicule biliaire suppurée.

Un diagnostic précis au moment où j'ai vu le malade n'aurait certainement plus pu servir à le sauver, mais nous ne l'avons pas fait.

Deux cas viennent coup sur coup de se présenter dans le service et je tiens à insister et à vous montrer combien il était difficile de les juger.

Une femme de 45 ans, forte, grasse, toujours bien portante, fut prise brusquement d'une violente douleur dans le côté droit du ventre, au milieu de la nuit, bientôt survinrent des vomissements. C'était une concierge du voisinage. Mon confrère et ami Valette qui l'avait vue le matin, m'appela chez elle vers midi : les vomissements étaient arrêtés, mais la douleur persistait, le ventre se défendait plus à droite qu'à gauche ; elle avait 120 pulsations.

Nous fûmes d'accord sur le diagnostic; c'était une appendicite. Il fut convenu qu'on allait mettre de la glace sur le ventre, garder la diète absolue, et que si le soir il n'était pas passé de gaz par l'anus, on la transporterait dans mon service où j'irais l'opérer d'urgence, c'était le 23 octobre. Malheureusement, elle rendit des gaz dans l'après-midi, et parut aller beaucoup mieux ; le lendemain matin tout paraissait fini.

Cependant, dans la journée, il y eut un fort malaise, le soir nouvelle crise douloureuse, on amena la malade à Necker.

A son entrée, tout paraissait de nouveau arrêté : elle ne souffrait plus, elle avait 37° et 90 pulsations, le ventre était souple, indolent, elle rendait des gaz ; j'examinai son petit bassin, l'utérus était mobile, indolent, portait un petit fibrome.

Je pensais toujours à une crise d'appendicite, mais je la croyais très légère, et comme pas un symptôme n'indiquait d'intervenir, j'attendis.

La semaine se passa assez bien, mais le samedi 28, elle fut prise de diarrhée avec abaissement de la température.

Le lendemain cette diarrhée était colliquative, elle rendait comme des grains riziformes, sa figure était livide, à tel point que je me demandai si nous n'avions pas affaire à un cas de choléra.

Je priai mon collègue Rendu de venir la voir, il pensa qu'il s'agissait d'une entérite cholériforme.

Deux jours après, la malade mourait, algide, sans avoir eu de nouveaux vomissements.

J'étais très dérouté quant au diagnostic : l'autopsie nous montra qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire droit qui s'était rompu et avait vidé son contenu de couleur chocolat dans le péritoine.

Toutes les anses intestinales étaient imbibées de ce liquide et colorées par lui, sans qu'il y eût ni état poisseux ni pus.

Nous aurions pu sauver cette malade par une intervention précoce, que j'aurais faite le premier jour où je l'avais vue si elle n'avait pas émis des gaz par l'anus ; son amélioration temporaire a causé sa perte.

Pour ce même motif, pour cause de défaut d'émission de gaz, je suis intervenu rapidement chez une jeune femme que j'ai eu le bonheur de guérir, et chez laquelle une hési-

Digitized by Google

tation de quelques heures aurait été à coup sûr funeste.

Le 2 novembre, on passait dans mon service pour y être opérée si je le jugeais opportun, une jeune femme de 27 ans, chez laquelle on soupçonnait une perforation de l'estomac due à un ulcère simple.

L'avant veille de son entrée à l'hôpital, elle avait eu une violente douleur abdominale, mal localisée, avec vomissements. On lui donna un lavement purgatif qui produisit son effet, mais le lendemain l'état s'aggrava.

Quand je l'examinai, elle venait de vomir un peu de bile, le facies était anxieux, le pouls rapide 136, la langue était encore humide, le ventre quoique ballonné était cependant flasque, peu tendu, partout douloureux à la pression, surtout à gauche, et la malade disait que c'était toujours de ce côté qu'elle avait le plus souffert.

Le toucher ne me fournit aucun renseignement :

Malgré ses antécédents stomacaux, elle aurait eu, dit-elle à 15, 20, 24 ans des crises d'estomac pour lesquelles elle avait dû garder le lit trois semaines chaque fois. Malgré une hématémèse qu'elle aurait eue il y a deux ans, il me sembla que l'estomac n'était pas en cause : la partie sus-ombilicale de l'abdomen semblait un peu moins douloureuse que la partie sous-ombilicale, puis elle avait vomi.

Je faisais bien le diagnostic de péritonite, mais sans trop préciser la cause : disant cependant que, comme toujours quand on ne peut pas préciser la cause d'une péritonite, on peut, sans crainte de se tromper, incriminer l'appendice.

Comme avec tous ces phénomènes la malade avait des signes d'occlusion, qu'elle affirmait bien n'avoir pas rendu de gaz depuis 48 heures au moins, je décidai d'intervenir de suite.

Sous le chloroforme il me fut aussi impossible à localiser la lésion, c'est pourquoi je fis une incision médiane et sous-ombilicale.

L'épiploon rouge, injecté cachait tout; je le relevai, il était épaissi et poisseux, sans adhérences; il s'écoula de suite un flot de pus séreux, mal lié, à travers les anses du grêle qui étaient rouges, poisseuses, mais sans adhérences.

Avec ma main gauche, j'écartai ces anses et plongeai dans le petit bassin, ce fut une inondation de ce liquide séro-purulent.

Je conduisis alors la canule en verre de mon laveur chargé d'eau salée stérilisée chaude, jusque dans le Douglas, après le passage de plusieurs litres, l'eau revenait propre, mais se salissait à nouveau dès que je relevai le paquet d'intestins soit à droite soit à gauche. Je lavai ainsi les 2 fosses iliaques, et au cours de ces manipulations des anses intestinales qui nulle part n'étaient protégées par des adhérences, je pus amener dans mon incision l'appendice rouge et injecté comme le reste de l'intestin, je le liai au catgut et le réséquai comme d'habitude au thermo.

Puis je continuai mon lavage : pendant que l'eau passait ainsi à flots dans le ventre, je réséquai tout ce qui était rouge et enflammé de l'épiploon, ce qui m'amena à raser presque le bord du colon.

Je lavai aussi largement en dernier lieu la partie sus-ombilicale, et terminai en plaçant deux très gros drains debout au fond du Douglas au bas de mon incision ; ces deux drains étant doublés en arrière par deux mèches stérilisées.

L'opération finie, j'étais assez inquiet sur le sort ultérieur de ma malade.

Je fus heureux le lendemain de constater qu'elle n'avait plus vomi ; qu'elle avait 37.2 et 110 ; petit à petit, tout s'est arrangé.

Ici c'était donc bien une appendicite à forme insidieuse qui avait causé cette péritonite généralisée dont j'ai pu arrêter l'infection ; certainement si j'avais seulement attendu au lendemain matin, c'eût sans doute été trop tard et ma malade serait morte.

Laissez-moi vous rappeler à cette occasion le cas d'un de nos malheureux confrères, qui a succombé à une péritonite due à une appendicite anormale méconnue. Le point douloureux à gauche localisé, unique, donna le change à son ami qui le soignait, et lorsque six jours après le début des accidents, appelé auprès de lui, je tentai une laparotomie désespérée, je trouvai du pus plein le ventre, avec un gros foyer à gauche, mais avec un appendice gangréné à droite, et un abcès en fer à cheval dont les deux foyers principaux siégeaient dans chacune des fosses iliaques, bien que n'ayant provoqué de la douleur qu'à gauche.

Ces cas sont rares, j'en ai déjà signalé plusieurs, il faut les connaître pour ne pas se tromper.

Il faut donc toutes les fois qu'on se trouve en face d'un cas douteux, insister sur les divers symptômes, bien rechercher surtout le point de Mac Burney, la défense musculaire, et l'hyperesthésie cutanée, ce que le professeur Dieulafoy a appelé la triade symptomatique, sachant bien cependant que comme en clinique il n'y a rien d'absolu ; ne pas abandonner le diagnostic si l'un de ces signes manque, ce qu'on fait encore trop souvent ; que de fois ai-je entendu des médecins assistant à l'ablation de l'appendice de leur malade exprimer leur étonnement en face de la gravité des lésions que je découvrais en opérant : gangrène de l'appendice, péritonite déjà avancée, quelquefois généralisée ; me rappelant toujours la bénignité des symptômes par eux observés, et s'excusant par cette bénignité de n'avoir pas fait plus tôt appel au chirurgien. Nous venons encore de voir un fait qu'il nous sera utile de connaître : je veux parler de ce malade mort dans le service trois heures après son entrée; il avait été soigné chez lui pour des accidents mal déterminés, on avait pensé à la grippe, à la fièvre typhoïde; enfin, j'avais été demandé pour le voir, il ne vomissait pas, n'avait jamais vomi, et se plaignait de douleur vague, généralisée à tout le ventre et qui s'était localisée à la région du foie; il avait une fièvre intense, 39° et 120 pulsations, la région hépatique était tuméfiée et mate à la percussion. Il me fut impossible de porter un diagnostic. Nous avons fait l'autopsie, je n'ai

Digitized by Google

jamais vu des abcès du foie plus gros ni plus nombreux; la péritonite était généralisée, et l'appendice contenant un gros noyau fécal était gangréné ; là était certainement le point de départ des accidents infectieux qui ont emporté cet homme et qui ont évolué insidieusement, c'est vrai, pendant dix jours.

Je tiens à vous répéter en terminant ce que je ne cesse de dire tous les jours : toutes mes opérations d'appendicite ont été légitimées par les lésions que j'ai trouvées, et si je me suis quelquefois repenti d'avoir temporisé, je n'ai pas souvenir d'un seul cas où j'ai regret d'avoir agi promptement.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Traitement des Tuberculides bacillaires (1)

Par MM. Hallopeau, *médecin de l'hôpital Saint-Louis* et Leredde, *chef de laboratoire*

a) Tuberculides aigues. — La gravité de la tuberculose aiguë ulcéreuse est dominée par l'état général ; le plus souvent celui-ci est atteint d'une manière extrêmement profonde, et le traitement local ne peut être fait avec l'énergie suffisante. Les ulcérations seront pansées d'une manière permanente à l'iodoforme, qui est certainement le meilleur topique à employer. S'il y a des douleurs vives, on *fera des* badigeonnages cocaïnés. Les lésions peuvent être cautérisées au galvanocautère ou à l'acide lactique. Dans les cas très rares où la tuberculose viscérale est peu avancée, on peut cautériser profondément au thermocautère.

b) Tuberculides bacillaires a évolution lente. — 1° *Traitement local. — Tout foyer lupique doit être détruit dès qu'il est reconnu.*

Les procédés de destruction du lupus comprennent l'ablation chirurgicale, les caustiques, le galvanocautère, le raclage et la rugination. A moins d'indications particulières que nous poserons plus loin, nous croyons qu'on peut renoncer à l'emploi des scarifications dans le traitement régulier du lupus ; par contre, elles offrent de précieux avantages dans le traitement des cicatrices consécutives.

2° *Traitement chirurgical.* — Lang (de Vienne) (2), Berger (3), Nélaton (4) traitent le lupus comme un néoplasme, et conseillent l'ablation au bistouri. Cette méthode réussit surtout dans les lupus non traités, dans les lupus vierges. Il existe un certain nombre de lupus inopérables, en raison soit de leur étendue, soit de la très grande profondeur qu'ils atteignent, soit de leur existence concomitante dans les cavités naturelles (yeux, nez, bouche) : mais, pour Lang, les lupus inopérables sont de beaucoup les plus rares.

On fait une incision périphérique à 1 millimètre au delà de la limite apparente du lupus, puis on disèque jusqu'aux tissus sous-cutanés ; à la face, il est de règle de conserver le tissu adipeux, si possible ; aux membres, il faut respecter les tendons et les veines.

La suture des bords de la plaie n'est guère applicable que dans les très petits lupus ; en général, il convient de faire des greffes épidermiques par le procédé de Thiersch. Dans quelques cas, les cicatrices sont vicieuses, dans les lupus de certaines régions (paupières, régions périarticulaires, mains, plante du pied), on emploie, de préférence, soit la méthode d'Ollier, qui consiste à appliquer des lambeaux cutanés et sans pédicules, soit la méthode italienne modifiée par Berger. Les lambeaux contiennent toute l'épaisseur de la peau privée de son panicule adipeux.

Lang a obtenu, sur trente-cinq cas, vingt-quatre guérisons sans récidive ; chez trois malades ayant eu une récidive, la guérison a été obtenue à la deuxième intervention ; les statistiques de Berger et de Nélaton sont également favorables.

3° *Galvanocautérisation* (Besnier). — Elle exige l'emploi :

1° D'une source d'électricité : généralement on se sert d'une pile au bichromate à cinq ou six éléments ;

2° D'un manche en bois, facile à tenir dans la main ; à l'une des extrémités de ce manche s'adaptent les fils de la pile, à l'autre extrémité on fixe les pointes galvanocaustiques, reliées aux fils à travers le manche ;

3° Ces pointes sont formées par un fil de platine recourbé dans lequel passe le courant lorsque l'appareil est en marche et qui est porté au rouge sombre lorsque le courant est gradué d'une manière convenable.

Au moyen du galvanocautère, on pénètre les foyers lupiques jusqu'au point où on éprouve une certaine résistance. L'opérateur ne doit faire aucun effort de pénétration, la pointe, simplement dirigée dans le sens convenable, pénètre d'elle-même ; on sent très nettement la résistance du derme. Il faut se rappeler que les éléments lupiques pénètrent toujours plus profondément qu'on ne le croit.

Lorsque les tubercules lupiques sont isolés, et reconnaissables, soit directement, soit après que la surface a été graissée avec un peu de vaseline, cha-

(1) Extrait d'un traité de dermatologie spéciale (sur le point de paraître chez Baillière, éditeur).

(2) Lang, *Der lupus und dessen operative Behandlung* Vienne, 1898. — P. Rongé, *La cure radicale du lupus* (*Bull. méd.*, déc. 1898).

(3) Berger, *Acad. de méd.*, 1899.

(4) Nélaton, *S. F. D.*, 1899.

Digitized by Google

cun doit être cautérisé isolément. Dans les lupus étendus, on en trouve des centaines, et il faut consacrer de nombreuses séances à les détruire tous. On commence alors par ceux des bords, sur lesquels on revient tant qu'une cicatrice scléreuse n'a pas été obtenue ; il est essentiel d'arrêter la progression du lupus, avant même d'agir en ses parties centrales (L.).

Si les lésions élémentaires sont peu visibles, on cautérise les tissus d'infiltration, soit au moyen de la pointe simple, soit au moyen d'une grille galvanocaustique à deux pointes écartées d'un millimètre. Les points cautérisés doivent en effet rester écartés les uns des autres ; il est nécessaire de laisser des tissus intermédiaires, de manière à favoriser la formation d'une cicatrice régulière, plane, non bridée.

Les cautérisations sont douloureuses, mais supportables ; on ne peut pratiquer l'anesthésie que dans un petit nombre de cas. Si l'on veut détruire largement en une séance des lupus étendus, chez les enfants, on peut employer la chloroformisation ; mais on ne peut s'en servir dans les séances ultérieures, toujours nombreuses s'il s'agit du lupus à grande surface. Dans certains lupus cohérents, lorsqu'on ne peut distinguer les éléments les uns des autres, on pourra anesthésier la peau par le chlorure d'éthyle, mais on perd alors la sensation précieuse de la résistance du derme, et on ne peut aller à une profondeur suffisante sans risquer d'aller trop loin.

L'hémorrhagie qui suit les cautérisations s'arrête sans difficulté ; il suffit d'appliquer sur la peau un carré de coton hydrophile qu'on presse légèrement pendant quelques minutes.

A la suite des cautérisations, le malade doit porter des pansements humides (boriqués, eau bouillie); s'il ne peut le faire le jour en raison de ses occupations, il porte un emplâtre le jour et des pansements humides la nuit. Toutes les croûtes tombent ainsi, et les chances d'infection (érysipèle, suppuration) sont réduites au minimum.

Si les bourgeons charnus qui se forment à la suite de la cautérisation sont exubérants, il faut les cautériser au crayon de nitrate d'argent.

La cicatrisation des régions cautérisées exige en moyenne six à dix jours. L'un de nous (H.) a l'habitude de pratiquer les cautérisations à des intervalles de huit jours, en agissant sur des points qui n'ont pas encore été traités, lorsque la cicatrisation n'est pas totale.

Indications de la galvanocaustique. — La méthode galvanocaustique est celle qui convient au plus grand nombre des lupus inopérables. Elle est indispensable dans le traitement des lupus des régions à peau fine (paupières), dans le traitement des lupus de l'oreille, où il faut pénétrer profondément, sans faire de destructions en masse.

Du reste, la galvano-cautérisation doit toujours être employée comme complément des méthodes non chirurgicales ; dans les récidives du lupus, elle permet seule d'agir sur les points isolés, en ménageant la cicatrice. C'est, de toutes les méthodes de traitement du lupus, à part la scarification, celle qui donne les meilleures cicatrices.

Sur les muqueuses, elle est la seule dont on puisse se servir d'une manière courante.

Malheureusement, son action est toujours très lente; trop souvent aussi elle est infidèle et suivie de récidives, les nodules se reproduisent au fur et à mesure qu'on les détruit ; lorsqu'un lupus est un peu étendu, on arrive ainsi à le poursuivre pendant des années avec des résultats habituellement incomplets, et il y a utilité, dans certains cas, à employer le curettage, dont l'action est complétée au besoin par celle des caustiques.

Curettage. — Dans le traitement des lupus verruqueux, scléreux, papillomateux des extrémités, le curettage peut donner des résultats remarquables; parfois, une seule séance suffit à obtenir la guérison. On se sert de la curette de Wolkmann avec laquelle on enlève toutes les parties saillantes jusqu'à ce qu'on sente la résistance fibreuse du derme profond. Il est utile d'anesthésier la région avec le chlorure d'éthyle; les parties malades se détachent en masse des parties saines sous l'effort de la curette.

Sur la continuité des membres, le tronc, et la face, il faut employer des modèles de curette plus petite (curettes de Balmano-Squire, de Vidal, de Besnier). On enlève les parties malades en respectant les régions qui résistent ; on peut même pénétrer dans les anfractuosités du tissu.

Le curettage des lupus étendus exige l'anesthésie chloroformique.

On peut combiner l'emploi du curettage et des caustiques suivant la méthode proposée par Tenneson.

Après asepsie de la région, on fait le curettage énergique du lupus, puis on applique, avec une spatule, de la pâte de Vienne (potasse à la chaux 50 gr., chaux 60 gr.) délayée avec un peu d'alcool pour faire une pâte molle ; on l'applique sur les parties malades qu'on dépasse même d'un demi centimètre; au bout de dix minutes, on enlève la pâte de Vienne et on applique de la pâte de Canquoin (chlorure de zinc, farine 2, 3 ou 4); cette pâte doit être ferme, mais parfaitement souple ; on en taille un morceau de la forme des parties à cautériser, et on l'applique au moyen de bandelettes de diachylon. La pâte est laissée en place de quatre à six heures.

Cette application est suivie de pansements à l'eau

Digitized by Google

bouillie ou boriquée ; au bout de dix à dix-huit jours, l'escarre tombe. La cicatrice est en général régulière, surtout si l'antisepsie de la région a été complète pendant le temps de chute de l'escarre et les jours suivants.

Cette méthode, extrêmement énergique, doit être employée avec prudence ; elle ne peut être utilisée à la face que sur les lupus du centre de la joue; mais elle offre l'avantage de faire en vingt jours une besogne qui pourrait prendre des mois ou des années par le galvanocautère (1).

La méthode de Leloir se rapproche de la précédente; on recouvre la surface malade par un emplâtre salicylé d'Unna, ou une pommade salicylée et créosotée forte, par exemple :

Cire blanche..... } ãã 30 grammes.
Beurre de cacao..... }

Faire fondre et ajouter à la masse refroidie :

Créosote de hêtre..... } ãã 30 grammes.
Acide salicylique..... }

puis on fait le raclage à la curette, enfin on applique, lorsque tous les tissus lupiques n'ont pu être détruits, des plaques fines de coton hydrophile imbibé de :

Glycérine,..... ..... 6 grammes.
Acide lactique..... 4 —

Le pansement reste en place, de deux à sept heures par jour, suivant les cas.

D'autres caustiques sont employés, l'acide arsénieux, l'acide lactique ; le premier surtout donne des succès ; on l'applique sous forme de liqueur de Fowler étendue de 4 à 6 parties d'eau chloroformée.

Scarification. — Nous ne saurions recommander comme méthode générale l'emploi des scarifications linéaires, préconisées par Vidal et Brocq. Elle exige un temps beaucoup plus long que la méthode galvano-caustique qui a déjà l'inconvénient d'être trop lente. Son principal avantage est d'aboutir à la formation de cicatrices régulières, mais on peut en obtenir de presque aussi parfaites par la méthode galvano-caustique maniée avec soin et antisepsie, et on peut les rendre tout à fait planes et régulières en les scarifiant, lorsque les lupomes ont été détruits d'une manière complète.

Par contre, la scarification est la méthode de choix au début du traitement dans les lupus mous, exubérants et dans les lupus à tendance ulcérative, lorsque cette tendance ne s'arrête pas, par l'asepsie de la surface. La scarification doit être faite alors d'une manière énergique ; c'est ainsi que l'on peut dilacérer totalement, par des incisions pratiquées en tous sens, l'extrémité nasale, dans les lupus mous, vasculaires, frambœsiformes qui atteignent cette région; en deux ou trois séances, le lupus s'affaisse, le nez reprend sa forme, et on peut traiter l'affection comme dans les cas vulgaires. On se rappellera que les lupus mous détruisent souvent les tissus à une grande profondeur; après la scarification ou la cautérisation, les pertes de substance, non apparentes avant le traitement, le deviennent, et le malade doit en être prévenu.

Traitement par les rayons lumineux (photothérapie). — Finsen (de Copenhague) a publié récemment des travaux extrêmement remarquables sur le traitement du lupus par les rayons lumineux concentrés. Il se sert d'une chambre limitée d'un côté par une lentille plan convexe, de l'autre par un verre plan; cette chambre est remplie d'une solution ammoniacale de sulfate de cuivre pour laisser passer uniquement les rayons bleus et violets. On concentre sur la peau les rayons lumineux émanés d'une source voltaïque, qui traversent cette chambre. Il est nécessaire de comprimer les tissus pour chasser le sang qui y est contenu. L'application des rayons se fait pendant une heure. Il n'y a aucun effet apparent sur les tissus pendant l'application ou à sa suite; au bout de six à dix heures seulement, on observe de la rougeur et une tuméfaction sans douleur de la peau (1).

Les applications doivent être poursuivies pendant plusieurs mois. Les rayons lumineux n'auraient aucune action sur la peau saine en dehors des tissus lupiques. Peu à peu, ceux-ci subissent une cicatrisation.

Cette méthode, si intéressante, est à l'étude, et on ne peut encore se prononcer sur son efficacité (1).

Traitement par l'air échauffé.— Hollænder (2) emploie, comme agent caustique, l'air surchauffé à 300°, passant dans un serpentin métallique chauffé sur la flamme d'une lampe de Bunsen. On fait précéder la cautérisation d'une abrasion de la surface des régions malades. S'il s'agit de foyers limités, on fait une véritable carbonisation; si les foyers sont plus étendus, on pratique plusieurs séances d'escarrification superficielle.

Tubercule anatomique. — Il suffit d'en pratiquer l'ablation si des cautérisations profondes ne suffisent pas à le détruire.

Tuberculose scléreuse. — Ce que nous avons dit du lupus lui est applicable.

Tuberculose suppurative. — L'application d'une solution antiseptique, telle que celle du sublimé au cinq-millième, suffit le plus souvent à tarir la suppu-

(1) Martinet, *S. F. D.*, juin 1806.

(1) V. Bang : Traitement du lupus par les rayons lumineux concentrés. *Revue Médicale*, 6 août 1898, et IVe Congrès de la Tuberculose, 1898.

(2) Hollaender, Congrès de médecine de Moscou, 1897.

Digitized by Google

ration; on complète ensuite le traitement, s'il est nécessaire, par la galvanocautérisation.

Gommes tuberculeuses. — Dès qu'elles présentent du ramollissement en un point quelconque, on doit les ouvrir au thermo ou au galvanocautère : leur ouverture précoce empêche la destruction de toute la peau intéressée et permet d'arriver à des cicatrices peu visibles.

Le curettage sera pratiqué si l'élimination de la masse tuberculeuse se fait lentement. On pratiquera ensuite une cautérisation des tissus au nitrate d'argent (on peut, comme le fait Besnier, faire suivre l'application du crayon d'un attouchement au crayon de zinc pur).

Toxithérapie. — L'un de nous (H.) a renoncé, depuis les expériences faites à Saint-Louis, en 1890-1891, par tous les chefs de service réunis, à l'usage de la tuberculine en injections hypodermiques (1). Ce n'est pas que ce traitement n'ait produit, chez plusieurs malades, de notables et durables améliorations (2), mais elles n'ont pu être considérées comme suffisantes pour compenser les dangers; chez d'autres sujets, les accidents provoqués par cette médication ont été le point de départ d'une telle aggravation dans l'état de cachexie tuberculeuse qu'on a pu lui attribuer la terminaison fatale (3). Il ne semble pas que les modifications apportées dans la préparation du produit aient donné des résultats de nature à modifier cette impression.

Mais on peut se demander si l'emploi local de ce même agent ne serait pas suffisant pour agir efficacement, tout au moins sur le lupus ulcéreux. Dans le courant de l'hiver dernier, Hirschfelder a traité, dans le service de l'un de nous (H.), plusieurs cas de lupus par la prépararation qu'il appelle *oxy-tuberculine*, et qui n'est autre que la tuberculine modifiée et très atténuée dans son activité par une ébullition prolongée. Il résulte de ses observations que l'emploi de ce topique amène le plus souvent, pendant quelques jours, une amélioration, parfois des plus frappantes, mais que, bientôt, il devient inactif. Encouragé par ce résultat, l'un de nous (H.) emploie actuellement, en applications permanentes, la tuberculine préparée à l'Institut Pasteur, en l'étendant de deux parties d'eau; elle provoque rapidement une réaction avec rougeur, tuméfaction et foyers de suppuration, qui oblige, au bout de peu de jours, à en cesser l'usage; sous l'influence de cette médication, les tubercules lupiques s'affaissent notablement; on revient aux applications locales dès que la réaction est calmée. Nos expériences sont de date encore trop récente pour que nous puissions dire s'il y a là, réellement, une médication utile. Unna emploie des préparations de savon à la tuberculine.

Traitement général. — Tout malade atteint de tuberculides bacillaires, même sans aucune lésion pulmonaire, doit être traité, comme tout tuberculeux, par la suralimentation, l'aération continue, prolongée pendant des mois et des années. L'huile de foie de morue, l'arsenic, la créosote et ses dérivés, constituent encore aujourd'hui les principaux agents du traitement interne. (L.)

(1). E. Besnier : Note sur la méthode de Koch, appliquée au traitement des tuberculoses tégumentaires (S. F. D., 1891). — Hallopeau, Sur l'emploi thérapeutique de la lymphe de Koch (S. F. D., 1891).

(2). Hallopeau, Sur la persistance des effets curatifs de la tuberculine chez deux malades atteints de lupus (S. F. D., 1891).

(3. Hallopeau, Sur un cas de mort et un cas d'ophtalmie grave consécutifs à l'emploi de la lymphe de Koch (S. F. D., 1891).

Consultation Thérapeutique

Traitement d'une pleurésie purulente

Exposé Clinique. — Nous supposons une pleurésie purulente diagnostiquée; quel est son avenir, quel est son traitement? Pour résoudre ce double problème, il convient d'examiner à un point de vue général, la semeiotique des pleurésies purulentes. Nous verrons alors que les pleurésies purulentes d'observation courante sont de quatre ordres, à savoir par ordre de fréquence :

1° Elles sont secondaires à une pneumonie;

2° Elles sont secondaires à des lésions tuberculeuses du poumon;

3° Elles sont le résultat d'une infection quelconque de provenances diverses au cours d'une pleurésie sero-fibrineuse vulgaire (vesicatoire, ponction malpropre, etc., etc.);

4° Elles sont secondaires à des foyers de gangrène pulmonaire cliniquement diagnosticables ou non.

Or, quelle que soit l'origine de la pleurésie purulente, le diagnostic n'est (à part certaines exceptions où les signes cliniques sont suffisants), la plupart du temps formellement établi que par la ponction exploratrice. Celle-ci ayant été, et devant toujours être pratiquée, on a la certitude qu'il y a du pus dans la plèvre, quel pronostic porter, quel traitement suivre?

Le pronostic se réduit à répondre aux deux questions suivantes : 1° Le malade survivra-t il à sa pleurésie purulente? 2° S'il survit, sur quels symptômes peut-on se baser pour affirmer qu'il y aura cicatrisation de la lésion, et cette cicatrisa ion se fera-t-elle sponte sua, ou devra-t-elle être obtenue par des interventions secondaires, et alors quelles sont ces interventions secondaires, et quels sont les résultats qu'on peut ou doit en espérer?

Les éléments qui servent de pronostic quoad-vitam sont de deux ordres : *a*) l'état général; *b*) l'état du poumon.

Il est de toute évidence que, chez un malade profondément infecté, et chez qui tous les organes (rein, cœur, foie) sont altérés, soit de par une infection générale (pneumococcie, staphylococcie, streptococcie) ou par une toxémie évidente (pleurésie putride à microbes anærobies, etc.), le pronostic

Digitized by Google

devra être extrêmement réservé. Malgré quelques cas heureux, le pronostic est le plus souvent mortel, la guérison est l'exception. D'autre part, en l'absence de symptômes généraux graves, on devra rechercher les éléments du pronostic dans l'état du poumon. La maladie est à la plèvre, le pronostic est au poumon. Ainsi, une pneumonie atteignant tout un poumon (ainsi qu'il m'a été donné d'en observer deux cas), une gangrène pulmonaire tuent le malade. Dans ces cas, la pleurésie n'est qu'un facteur de gravité surajouté. On *doit* la traiter, mais il ne faut pas se faire d'illusions sur l'issue terminale. S'il y a guérison, tant mieux, mais on ne doit pas y compter.

Mais, en présence d'une pleurésie dont le pronostic est favorable, au point de vue de l'existence, quel pronostic porter? On va intervenir, faire l'opération de l'empyème, que doit-on dire? La plaie que l'on va faire se cicatrisera-t-elle? Le poumon reviendra-t-il s'accoler à la paroi? Devra-t-on ultérieurement favoriser cet accollement par une nouvelle intervention dont on devra préciser la nature et présumer les résultats? Pour répondre à cette question, nous devons nous enquérir de l'état du poumon, car c'est là le seul élément de pronostic. En thèse générale, tout poumon qui, pour diverses raisons, aura perdu son élasticité naturelle, est condamné à ne pas reprendre sa position normale, c'est-à-dire revenir vers la paroi thoracique. Les causes qui font perdre cette élasticité sont de trois ordres : 1° l'existence de tubercules à n'importe quel degré de leur évolution, dans l'intérieur du poumon; 2° l'ancienneté d'une inflammation pleurale, lorsque la pleurésie purulente est consécutive à une pleurésie séro-fibrineuse simple; 3° les phénomènes de sclérose pulmonaire, consécutifs à une pneumonie simple, phénomènes facilement appréciables par la persistance du souffle pneumonique.

Enfin, il est un dernier facteur, non appréciable cliniquement, et qui détermine la rétraction permanente du poumon, c'est l'épaississement fibreux et plus ou moins lardacé de la plèvre viscérale, formant une coque rigide et résistante. Cette cause n'a cependant guère lieu de nous arrêter, car elle s'accompagne toujours de sclérose pulmonaire avec ou sans pneumonie chronique et elle rentre, en somme, dans une des trois catégories que nous venons d'examiner.

L'examen clinique attentif du malade permettra, dans la plupart des cas, de porter un pronostic exact.

Indications thérapeutiques. — Elles ne sont pas difficiles à formuler; mais elles sont délicates, car il y a des causes d'erreur :

Tout d'abord, quand on acquis la certitude qu'il y a une certaine quantité de pus dans la plèvre, au moins 250 gr. chez l'enfant, 500 chez l'adulte, il faut intervenir. Nous disons : « quand on a acquis la certitude », car il faut être prudent, et, ne pouvant donner à ce sujet d'indications précises, nous nous bornerons à citer deux faits personnels. Quand nous étions interne de M. Huchard, nous avons eu l'occasion de voir un pneumonique chez lequel des signes nombreux nous permettaient de croire à l'existence d'une pleurésie ; je fais une ponction exploratrice et retire du pus ; séance tenante et, au même endroit, je fais une thoracentèse avec l'aspirateur Potain, résultat : ponction blanche. L'état du malade entré le matin même, était tel que nous n'osons lui faire l'opération de l'empyème, et, en effet, ce malade mourait 4 ou 5 heures après. A l'autopsie : pneumonie tenant le lobe inférieur du poumon droit, et la moitié du lobe moyen, pleurésie purulente mais enkystée dans une série d'areoles fibrineuses, et, en tout, il n'y avait peut-être pas 50 gr. de pus disséminé dans des logettes isolées. La ponction exploratrice, dans ce cas, nous avait induit en erreur, elle avait bien permis de retirer du pus d'une des logettes, mais elle nous avait donné que des renseignements dangereux au point de vue de l'intervention. Une autre fois, un malade du service de M. Huchard, présente des symptômes tellement indécis, que nous émettons l'hypothèse soit d'une tuberculose infiltrée, soit d'une pleurésie purulente. Avec une longue aiguille je fais une ponction exploratrice et retire du pus. Séance tenante, ponction au même endroit avec l'appareil Potain, et ponction blanche. Le malade meurt dans la soirée, et, à l'autopsie, nous trouvons : 1° une symphyse pleurale totale; 2° une infiltration tuberculeuse totale de tout le poumon avec caséification de cavernes de la grosseur d'une noix et non évacuées; quelques-unes étaient complètement purulentes, et, vérification faite en faisant passer une aiguille juste à l'endroit de notre ponction exploratrice, nous tombions dans une de ces cavités purulentes tuberculeuses, ce qui nous expliquait le résultat positif donné par la ponction exploratrice et le résultat négatif de la ponction curative.

Ces deux exemples suffisent pour montrer avec quelle prudence on devra agir lorsque les symptômes de pleurésie purulente ne seront pas assez nets pour déterminer une certitude; mais, supposons celle-ci acquise quelle conduite tenir? Doit-on ponctionner ou faire d'emblée l'opération de l'empyème? Il parait certain et admis par la majorité des auteurs, qu'il y a des pleurésies que l'on ne doit pas inciser, ce sont celles qui existent chez un tuberculeux cachectique, et quand il existe un état du poumon tel qu'il n'y a pas à espérer de guérison durable, ou quand le malade est dans un état tel que l'intervention n'est pas exempte de dangers.

Dans ces cas, il faut ponctionner et ne faire que cela, d'autant que ces pleurésies ont une évolution silencieuse et torpide. Une autre catégorie de pleurésie purulente réclame la ponction simple, ce sont celles où le liquide est nettement enkysté et surtout est en petite quantité 200 à 250 gr.. Ces variétés se reconnaîtront assez souvent soit par l'examen clinique, soit par la ponction exploratrice que l'on fera avec une grosse seringue de 20 cent. Si à l'aspiration, cette seringue se remplit vite et complètement, cela veut dire qu'il y a beaucoup de pus ; mais si après que 2 ou 3 cmc. de pus sont entrés dans la seringue, l'écoulement cesse où le pus vient difficilement

Digitized by Google

en bavant, il faut se méfier et ne pas trop se hâter de pratiquer l'empyème. D'ailleurs, les signes cliniques de cette variété de pleurésie purulente sont flous et commencent à mettre en garde.

A part ces deux exceptions, on aura tout intérêt à traiter l'empyème comme un vulgaire abcès, à l'inciser et à bien le drainer.

Opération. — L'opération de l'empyème est autant médicale que chirurgicale et tous les médecins sont ou doivent être aptes à la pratiquer, car elle rentre dans le cadre des opérations d'urgence. On fera l'incision au point le plus déclive (il n'y a pas à ce sujet de règle fixe), et ce point le plus déclive sera fixé par l'examen clinique et la ponction exploratrice. Celle-ci étant faite, on fait une incision de 5 cent. sur la côte sous-jacente à l'espace ponctionné. On incise également le périoste de la côte, puis, avec une rugine droite on décolle le périoste en haut et en bas ; on prend alors une rugine courbe qui permet de décoller, avec une très grande facilité, en haut et en arrière ; le point le plus délicat est pour le décoller en bas, car il ne faut pas oublier que la côte présente là une gouttière assez bien cachée par la lèvre externe de l'os ; ce décollement est cependant relativement facile, l'opérateur n'a qu'à aller par petits coups et sûrement *sans déraper* car la rugine pourrait produire alors des déchirures du nerf ou de l'artère intercostale.

Une fois le périoste complètement décollé, avec un costotome, ou à la rigueur un simple sécateur de jardin stérilisé, on résèque 2 cent. de la côte. A ce moment, et, pour plus de prudence, on ponctionnera avec la seringue de Pravaz à travers le périoste postérieur, pour s'assurer qu'on est encore bien en face du pus. Ceci fait, au même endroit que l'aiguille ou sur elle, on incise avec le bistouri, on introduit le doigt dans la plaie que l'on agrandit par dilacération ; on met ensuite deux gros drains de caoutchouc.

L'opération doit durer à peine 5 minutes, et si on a été prudent, il n'y a jamais d'accident ni d'ennuis, on n'a même jamais besoin de faire d'hémostase.

Les lavages pleuraux paraissent complètement inutiles, outre qu'ils ne sont pas exempts de danger. Chez les enfants, d'Espine et Picot recommandent d'essayer d'abord la simple ponction. Nous ne voyons pas l'utilité de ce modus faciendi car, dans la très grande majorité des cas, on est obligé de recourir ultérieurement à la pleurotomie simple, alors pourquoi ne pas la pratiquer d'emblée, d'autant que chez l'enfant, cette opération n'est pas tellement grave, car, ici, il est souvent inutile de résequer un fragment de côte, l'élasticité des parois thoraciques est telle qu'on n'a qu'à inciser un espace intercostal sur 2 cent. d'étendue et à introduire un gros drain de caoutchouc résistant, qui, dans le jeune âge, a peu de chances d'être enserré et comprimé entre les côtes, et de gêner, par suite, la libre évacuation du pus.

Suites opératoires. — Tout n'est pas fini quand la plèvre est ouverte, la question se pose à savoir s'il y aura fermeture spontanée, ou si on sera obligé ultérieurement d'intervenir.

Or, dans un certain nombre de cas, principalement les pleurésies pneumococciques, le poumon revient sur lui-même, on diminue progressivement la longueur du drain et on peut observer la guérison totale. Celle-ci est obtenue au bout d'un temps toujours assez long. Chez l'enfant, il faut compter 5 à 6 semaines, et il est exceptionnel qu'il y ait une fistulisation thoracique. On en connaît toutefois un certain nombre d'observations, Cestan en rapporte 17 cas d'après Griffith, Morison et Poore ; de Cerenville a opéré une fillette de 3 ans, Broca est intervenu 4 fois chez des enfants de 5, 6 7 et 12 ans. De part et d'autre, Cestan a encore rassemblé 8 autres cas d'empyème chronique chez l'enfant. Ceci démontre par conséquent que l'empyème chez l'enfant ne se cicatrise pas forcément, ni aussi souvent qu'on l'a dit, et qu'il peut persister une fistule tout aussi bien que chez l'adulte et qu'il peut y avoir lieu de préconiser des interventions tardives.

Pour l'intervention tardive, on préconisera soit l'opération de Letiévant-Estlander, soit la thoracoplastie de Quenu, soit une des nombreuses modalités de ces deux interventions. Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire qui est du ressort chirurgical. En ce qui concerne le médecin, il n'a qu'à juger de l'opportunité de l'interventoire. Estlander pensait qu'on doit intervenir tardivement, de même Ch. Monod. Homen voudrait qu'on attendit 4 mois, Bouilly, Berger entre 4 et 8, ce dernier arguant qu'on a vu des fistules guérir spontanément entre 1 an et 3 ans. MM. Terrier et Reymond nous paraissent avoir mis la question au point en disant qu'il est inutile de temporiser. « Ne vaut-il pas mieux opérer de bonne heure que d'attendre que la suppuration ait épuisé le malade, que la plèvre soit trop épaissie, que le poumon ne puisse plus se dilater ? » Donc, il conviendra de faire opérer le plus tôt possible les malades porteurs de fistules pleurales consécutives à la pleurotomie, surtout quand cette fistule communique avec une grande cavité intrapleurale n'ayant pas tendance à la cicatrisation spontanée. De plus, MM. Terrier et Reymond vont plus loin et pensent que la large ouverture pleurale, accompagnée de résection costale doit aussi s'appliquer aux cas suivants :

a) Dans la pleurésie purulente tuberculeuse;

b) Dans certains cas de pleurésies chroniques pour lesquels on peut prévoir que la pleurotomie simple sera insuffisante ;

c) Dans tous les cas de pleurésies ouvertes à l'extérieur ou dans les bronches et dont la communication persiste.

On recommandera donc dans ces cas, soit l'Estlander simple, soit un Schede, soit une thoracoplastie, selon

Digitized by Google

qu'on jugera de l'opportunité de telle ou telle méthode, et d'ailleurs, ce sera au chirurgien à juger ce qui conviendra à tel cas déterminé, le rôle du médecin se borne à conseiller, et à démontrer l'urgence de l'intervention.

Il faudra également prévenir le client des suites opératoires et pour cela, le médecin n'aura qu'à se reporter aux statistiques et résultats suivants que nous empruntons au travail de MM. Terrier et Reymond.

Opérations d'Estlander :

Statistique Berger 1884	Guérisons	44	
	Morts	32	
	Fistulisation	23	
Statistique Cormach 1885	Guéris	10	
	Presque guéris	10	
	Améliorés	8	
	Stationnaires	3	
	Morts	10	
Statistique Bœckel 1888	Guérisons	8	
	Guérison temporaire	1	
	Guérisons incomplètes	2	
	— opératoire	1	
	Morts	4	
Statistique Michaux 1888	Guérisons	27	
	— avec petites fistules	5	
	Guérison temporaire	1	
	Morts	10	
Stistique Forgue et Aldibert 1892	Guérisons complètes	42	0/0
	Guérisons incomplète	11	»
	Améliorations	23	»
	Etats stationnaires	48	»
	Morts	17 8	»
Statistique Voswinckel 1897	Guérisons complètes	56 3	»
	Améliorations	20	»
	Etats stationnaires	3	»
	Morts	20	»
Statistique Cestan 1898	Guérisons complètes	51 8	»
	Améliorations	11 2	»
	Etats stationnaires	22 4	»
	Morts	14	»

On voit donc qu'en somme, le malade a, grosso modo, une chance sur deux de guérir complètement et que l'autre risque est ou d'être amélioré ou de subir une opération inutile ou de mourir (entre 15 et 20 0/0 des cas).

Tels sont les résultats de l'Estlander, qui, nous le croyons, deviendront de plus en plus favorables, si on se décide aux interventions précoces.

En ce qui concerne les thoracoplasties, voici les résultats qu'on peut en espérer, d'après Quenu, Delagenière.

Sur 12 cas de l'opération de Quenu, 2 morts, 4 améliorations et 6 guérisons;

Sur 6 cas de l'opération de Delagenière, 6 succès.

Quant aux autres opérations de Boiffin, de Jaboulay, de Delorme, il y en a trop peu de cas pour que l'on puisse en indiquer les avantages et les inconvénients. — M. Deguy, *interne des hôpitaux*.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

I. **Gargarisme antiseptique** (Escat) :

Salol	1 gramme	
Alcool	ãã 50	—
Glycérine		
Eau bouillie	500	—

II. **Formules de lotions excitantes** :

α) Ammoniaque	5 grammes	
Essence de térébenthine	25	—
Alcool camphré	125	—
β) Acide acétique	1 à 5 grammes	
Chloral	5 grammes	
Ether	25	—

III. **Formule contre l'eczéma** :

Thymol	2 grammes	
Oxyde de zinc	ãã 25	—
Poudre d'amidon		
Lanoline	50 grammes	

Pour une pâte.

IV. **Formule de sublimé pour injections sous-cutanées dans la teigne** (Du Castel) :

Sublimé	0 gr. 01	
Acide tartrique	0 — 40	
Chlorhydrate de cocaïne	1 gramme	
Alcool	ãã 30	—
Eau distillée		

On fait plusieurs piqûres d'une goutte dans le derme épilé et râclé.

V. **Potion contre la coqueluche** (Concetti) :

Résorcine	2 grammes	
Antipyrine	1	—
Eau distillée	70	—
Teinture d'opium	III gouttes	
— de belladone	VIII	—
Sirop de codéine	10 grammes	
— de cèdre	20	—

Par cuillerées à café toutes les 2 heures au-dessus de 2 ans.

VI. **Formule pour l'emploi du tanin dans le mal de Bright** :

Tanin	4 grammes
Extrait d'aloès	1 gr. 50
Excipient	q. s.

Pour 120 pilules (4 par jour). A. G.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

MÉDECINE

Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte (1)

Le *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte* de Henri Huchard, est un ouvrage aujourd'hui classique et qui déjà parvient à sa troisième édition. Je tiens à présenter aux lecteurs du *Lyon Médical* les deux premiers volumes de ce livre et à insister sur l'esprit dans lequel ils ont été conçus par le Maître ; car il s'agit ici bien véritablement d'une « œuvre de maître » telle qu'on les entendait anciennement. Il pleut, présentement, une foule de manuels sur le temple scientifique. Dans la génération présente (et je ne parle pas ici seulement de nos élèves), toute la faveur va à ce qu'on pourrait appeler une *littérature médicale express*. On se figure aisément qu'il y a des livres qui, dans un minimum de temps, vous enseigneront un maximum de choses. Ces livres se réduisent du même coup au minimum de poids, ceci dit à tous les points de vue. Le livre de Henri Huchard est, au rebours de cela, un ouvrage très explicatif, à la fois encyclopédique et parfaitement personnel ; et si l'on ne peut en mettre aisément chaque volume dans sa poche, on trouvera par contre certain avantage, et même je prétends quelque facilité, à en mettre le contenu dans sa tête. C'est qu'il s'agit là d'un traité avant tout *clinique*, au cours duquel chaque fait énoncé est en général appuyé par l'évocation du malade, telle que seuls savent la produire les grands cliniciens. On apprend plus de médecine à la lecture de la Clinique de Trousseau qu'à celle de cent volumes de pathologie didactique. Huchard dit, en son livre et sur une question quelconque, *ce qu'on sait*, puis *ce qu'il sait* et comment les malades le lui ont appris. Il le dit le plus ordinairement en un langage individuel, particulièrement expressif, et qui se ressent de la manière aphoristique des vieux maîtres. De là, bon nombre de phrases — et non pas seulement de mots — frappées en médaille, et que chacun connaît et répète depuis longtemps déjà comme des axiomes, Ce sont d'ailleurs là en grande majorité des vérités classiques devenues évidentes : mais ce fut d'abord un grand mérite que de les découvrir, puis ensuite de les si bien formuler. Toutefois, ce n'est pas sur ce côté, pourtant si intéressant, de l'œuvre de Huchard que je veux insister ici. J'ai autre chose à dire.

Je veux parler de cette notion des *cardiopathies artérielles*, dont Huchard fut parmi nous l'initiateur véritable, et à l'étude desquelles le premier volume entier de son livre est consacré. Cette distinction formelle entre les maladies du cœur d'origine *orificielle* et celles d'origine ou de signification *artérielle*, a une grande portée. Il semblait, il y a quelques années, qu'elle fût quelque peu prématurée et reposât sur des bases fragiles. J'avoue que je fus moi-même de cet avis dans le début. Je n'étais pas le seul, et ce fut là, je crois, surtout en ce cas, la *faute des mots*. Car j'ai commencé par ne pas bien comprendre, — moi, anatomo-pathologiste et exclusivement attaché à l'analyse histologique des lésions, — je n'ai pas saisi d'emblée, dis-je, le sens précis de ce mot d'*artério-sclérose* que chacun employait si couramment et en face duquel il m'était impossible de retrouver, dans les organes et les tissus, ni de poser une lésion univoque ou même aucun processus défini. Toutefois, la netteté des tableaux cliniques demeurait incontestable ; et tout aussi bien la relation, signalée par les précurseurs de Huchard et par Huchard lui-même, entre certains complexus cardiaques et la majorité des lésions dites « artério-scléreuses » d'organes autres que le cœur.

La lecture du premier volume du *Traité des maladies du cœur et de l'aorte* ne saurait, à ce propos, laisser subsister un doute dans l'esprit du clinicien. Ce que Huchard appelle l'artério-sclérose du cœur, avec les myocardites scléreuses ou mixtes, l'hypertrophie énorme et du type *artériel* les inflammations interstitielles d'organes ou de tissus périphériques, etc., diffère si profondément de ce qu'on observe à la suite des cardiopathies orificielles, que, pour ne point faire le départ entre les deux, il faudrait présentement être dépourvu de tout sens clinique, ou bien se laisser aveugler par l'esprit de système (ce que je regarde comme absolument équivalent). — Il faut donc bien qu'en face de ce mot d' « artério-sclérose » il y ait quelque chose d'objectif, de réel et saisissable, au point de vue de l'histologie pathologique. Il faut qu'il y ait une maladie artérielle, ou plusieurs maladies artérielles, ayant pour aboutissant commun ce qu'on est convenu d'appeler l' « artério-sclérose ».

Le fait d'avoir mis en lumière et distingué du reste cette maladie artérielle, de l'avoir dégagée du chaos cardiopathique et d'avoir spécifié ses lésions terminales, c'est l'œuvre et le haut mérite de Huchard : et il a réellement découvert ce qu'il appelle à juste titre les CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES. Faut-il ajouter qu'il les a décrites de main de maître et a donné de la majorité d'entre elles des descriptions à peu près définitives ?

C'est ce que chacun sait, et, ces descriptions cliniques, il faut absolument les lire, si l'on ne veut pas errer au lit du malade, soit au point de vue du diagnostic à faire, soit quant au traitement à choisir. Le chapitre XII du tome Ier, consacré par Huchard au traitement de l' « artério-sclérose cardiaque » dans ses trois périodes (*artérielle*, *cardio-artérielle*, *mitro-artérielle*) est remarquable par la façon dont

(1) Troisième édition, tome I, *Cardiopathies artérielles :* tome II) *Maladies des coronaires et de l'aorte*, par HUCHARD, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker. — Paris, Octave Doin, éditeur, 1899.

Digitized by Google

l'auteur traite du choix des médicaments : iodures, digitale ou digitaline, théobromine (cette réelle conquête sur l'insuffisance rénale de cause artérielle), et surtout par l'admirable paragraphe consacré à la *dyspnée toxi-alimentaire*. Cette notion de la dyspnée toxi-alimentaire constitue en effet tout à la fois l'une des plus belles découvertes de Huchard, et un bienfait d'une portée immense en thérapeutique. Au point de vue des malades, il vaut mieux avoir trouvé cela que la digitale elle-même.

Mais je reviens à l'artério-sclérose, ou plutôt à la *maladie cardio-artérielle origine des cardiopathies artérielles*, si bien mise en lumière par l'auteur. J'ai dit que j'avais été longtemps sans bien comprendre la signification du mot « artério-sclérose » et je suis bien forcé de redire que, pour cela, j'avais mes raisons. Je crois même que c'étaient, que ce sont encore là de bonnes raisons. Je les résume en cette phrase unique : « Ce qu'on désigne communément sous le nom de lésions artério-scléreuses, ce sont celles d'une maladie qui finit, et dont on ne connaît pas encore aujourd'hui la lésion initiale. ». Il est même très probable qu'en fait de lésion initiale, il n'y en a pas qu'une, sinon celle que donne Huchard tout au commencement de sa description : le *surmenage des artères*, lésion d'ailleurs purement fonctionnelle en son début. De la lésion matérielle primaire, on ne sait encore rien du tout, sauf pour quelques cas très particuliers. On a tout simplement fait des hypothèses. Parmi celles-ci, quelques-unes sont au moins plausibles, d'autres non. Dire que les lésions viscérales de l'artério-sclérose sont des « coeffets d'un état général et d'une sorte de diathèse fibreuse », comme l'ont énoncé Debove et Letulle, ou bien prétendre qu'il s'agit là d'une « dyscrasie primitive du tissu conjonctif » l'incitant à l'hyperplasie, comme on l'a depuis soutenu, c'est exprimer la cause par le fait, et en somme ne rien dire du tout. Mieux vaut affirmer, comme le fait Huchard, que l'artério-sclérose est une affection primitive du système circulatoire » C'est, en tout cas, une affection primitive du système artériel.

Par primitive, j'entends la réaction générale, commune, monotone si l'on veut dans son expression, des éléments constitutifs du *système artériel*, à l'encontre des causes pathogènes quelconques, qui, entravant son fonctionnement régulier, suscitent un effort de sa part pour continuer à subsister en tout cas, à fonctionner si faire se peut, en présence d'un conditionnement nutritif quelconque devenu irrégulier ou mauvais et rompant, de quelque façon que ce soit, leur équilibre vital et par conséquent leur subordination les uns aux autres. Le *système artériel tout entier, cœur gauche compris, est un* : à ce point de vue tout oblige à revenir carrément à la conception de Bichat. Il est même très probable (cela est certain chez les Anoures), que chez les mammifères et chez l'homme, en majorité les capillaires vrais sont de signification non pas artérielle, mais bien uniquement veineuse. On pourrait presque dire qu'il y a un *tissu artériel* : tissu complexe, il est vrai, mais toutefois typique de par les rapports réciproques des tissus élémentaires entrant dans sa constitution, et tout autant par les conditions de subordination entre eux des tissus élémentaires entrant dans la texture du tissu complexe. Et de même que, au bout du développement primitif, l'endothélium artériel fut un symplaxe de cellules toutes de même origine embryologique et ensuite fusionnées, le muscle artériel apparaît au même stade comme un muscle lisse unique et continu. Il y a unité dans le système artériel au point de vue de ses tissus constitutifs, unité aussi dans le mode d'innervation qu'il reçoit. *C'est un organe*, immense il est vrai, mais tout à fait individuel et qu'on peut à bon droit supposer capable d'être touché de même ou similaire façon par les causes pathogènes agissant de façon semblable. De là à concevoir qu'il réagisse à l'encontre de chacune d'elles à peu près similairement, il n'y a pas loin, et cela est même inévitable ; puisqu'il est composé de tissus très simples et dont la résistance aux attaques et le mode de réaction ne *peuvent pas* subir de grandes variations.

On sait actuellement que, toutes les fois que les toxines élaborées par les agents pathogènes traduisent leur action par des phénomènes infectieux, les artères sont touchées de bonne heure et que *ce sont tout d'abord leurs muscles lisses qui sont atteints*. Diphtérie, variole, dothiénentérie, pneumonie même, agissent ainsi sur les artères des organes intéressés — tel le myocarde (Mollard et Regaud). Peu à peu on spécifiera d'autres atteintes primitives. C'est entre elles et les lésions définitives, très tardives, installées lentement et de par le jeu même des actions réactionnelles des éléments entrant dans la composition du tissu artériel complexe, c'est entre les lésions du début et les scléroses, qu'il subsiste une lacune dans nos connaissances. Le processus n'est pas suivi entre la lésion primaire, connue seulement dans quelques cas, et la lésion terminale, banale et commune, qui est celle de l'artère devenue soit athéromateuse, soit hypertrophique par sa membrane moyenne d'ailleurs devenu inerte (lésion qualifiée improprement d'endartérite) ; lésion consistant aussi dans la substitution du tissu conjonctif aux tissus mal nourris par les artères impotentes (*sclérose dystrophique* de Huchard). — Mais une notion générale subsiste, appuyée maintenant, et de façon solide, par nos connaissances histopathologiques actuelles et par la conception morphologique générale moderne du système artériel. C'est celle de l'unité foncière, de la physionomie générale univoque, des *artériopathies* d'origine diverse arrivées au stade terminal, répondant à l'*artériosclérose* telle que nous la montre Huchard au lit du malade, et touchant à la fois le cœur, les vaisseaux, voire un certain nombre de veines à structure musculaire et, à quelque degré, aptes à réagir à la façon des artères.

S'il est plus ou moins aisé d'expliquer et d'étayer rétrospectivement par l'anatomie pathologique, comme je viens d'essayer de le faire, cette conception générale des artériopathies et de la participation du cœur, artériel surtout, à

Digitized by Google

leur processus suscité par une cause initiale qui peut être variable, mais qui se développe ensuite avec une unité commandée par les étroites limites des aptitudes réactionnelles des tissus artériels, il était certes infiniment plus difficile, et il fut davantage méritoire d'arriver par la seule clinique à cette même conception, car elle est à la fois juste et grandiose. Dans son ouvrage, Huchard l'a entièrement développée au point de vue du cœur et de l'aorte. Il a relié d'une façon puissante et éminemment scientifique l'artério sclérose du cœur, ses myocardites notamment (considérées en leurs formes chroniques) aux altérations parallèles des vaisseaux artériels. Il a fait de la sorte une coupure vive dans le tas aujourd'hui informe des cardiopathies. C'est une belle œuvre ; elle se développe dans le tome Ier.

Le tome II comprend l'étude des *maladies des coronaires et de l'aorte*. Il n'y a pas davantage ici d'analyse à faire que pour le volume précédent. Avec l'angine de poitrine, Huchard entre dans son domaine personnel et fournit des descriptions, distinctions des diverses formes de l'*angor*, qu'il faut absolument lire. L'angine vraie, la *forme coronarienne* de l'angor, si distincte des autres variétés de sternalgie, n'est-ce pas lui qui en a sinon trouvé, mais (ce qui vaut mieux). démontré la cause et déterminé la portée? — Les *aortites*, une étude extrêmement complète et sur nombre de points neuve des *anévrysmes de l'aorte*, un chapitre extrêmement judicieux, et très critique, consacré aux « traitements des anévrysmes aortiques », terminent le volume. — La lecture de l'œuvre entière ne laisse qu'un regret, c'est de ne point avoir en main le tome III pour faire la comparaison entre les cardiopathies artérielles et les orificielles. Mais ce volume viendra en son temps et, je l'espère du moins, très vite à la suite des deux autres si remarquables. — J. Renaut, *professeur à la Faculté de médecine de Lyon.*

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de l'acné nécrotique. — Comme en beaucoup d'autres maladies microbiennes de la peau, la thérapeutique ne doit pas s'adresser à la lésion, mais à la région. Il faut des médicaments antiseptiques ; il faut qu'ils pénètrent le tégument, il faut enfin qu'ils ne détruisent pas la peau avant de détruire le microbe.

D'après M. Sabouraud *(Ann. de Dermatol.1899)*, comme la seborrhée grasse est le substratum nécessaire de l'acné nécrotique, il faut s'adresser à cette affection, car celui qui supprimerait la séborrhée grasse fondamentale supprimerait l'acné nécrotique puisqu'elle vient s'y superposer. Tout paraît détruire l'acné nécrotique, les plus simples pommades mercurielles y suffisent, mais elles n'arrêtent qu'un accès, qu'une poussée, qu'une crise ; deux ou trois semaines plus tard, les éléments d'acné nécrotique reparaîtront en même nombre en d'autres sièges. Il faut donc viser la séborrhée grasse quand on veut tuer l'acné nécrotique.

« Le premier traitement, dit M. Sabouraud, tant qu'il restera des lésions en activité, sera purement et simplement un traitement de décapage. Des massages locaux avec la pommade douce suivante y suffiront.

Calomel	0 gr. 30
Oxyde de zinc	1 gramme
Vaseline	20 —

Dans les cas ordinaires, une acné nécrotique ainsi traitée sera blanchie en quelques jours. Dans les cas plus anciens. montrant des lésions plus larges, plus creuses, car plus une acné nécrotique est de vieille date, plus elle est vraiment nécrotique, on s'adressera d'emblée à des pommades plus actives, par exemple :

Soufre précipité	ãã 0 gr, 30
Calomel	
Résorcine	1 gramme
Vaseline	20 —

Les résulats de ce premier traitement ne sont pas toujours durables. Certaines acnés nécrotiques ont un pouvoir de récidive inoui. Il faut alors après ce premier traitement en commencer un second qui est le traitement de la séborrhée grasse sous-jacente.

« Sur le corps, il faut, le plus rapidement possible, et plusieurs fois de suite provoquer le renouvellement intégral de l'épiderme corné par l'application de pommades violentes. La suivante :

Résorcine	ãã 5 grammes
Acide salicylique	
Vaseline	30 —

dont on peut augmenter le pouvoir de mortification épidermique en y ajoutant quelques gouttes de teinture d'iode, donne généralement sur les peaux robustes des séborrhéiques des résultats excellents.

« On peut agir de même au cuir chevelu, mais les médicaments réducteurs du type de l'acide pyrogallique conviennent ordinairement mieux. L'acide pyrogallique seul, ou joint au soufre et aux goudrons, donne des pommades très actives. On peut se servir de même des éthers pyrogalliques, avec ou sans adjonction de goudron. Dans un cas, j'ai dû arriver à des doses croissantes d'acide pyrogallique (en pommades 3 gr. pour 20 d'excipient) (en lotions 6 gr. pour 100 d'éther) qui pourraient faire courir quelques risques d'intoxication au patient et ne peuvent être tolérées que par des téguments exceptionnellement résistants. Après trois mois d'un traitement semblable, et pour prévenir les récidives à venir, j'ai fait continuer aux malades des frictions alcooliques journalières très légèrement iodées ou bichlorurées; je suis parvenu ainsi, après six mois, à pouvoir faire cesser tout traitement. Mais la séborrhée grasse, sous-jacente à l'acné nécrotique, étant, avec nos moyens thérapeutiques, foncièrement indestructible, il est difficile de prévoir si les guérisons obtenues par ces moyens, resteront définitives. » — S. R.

Digitized by Google

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les Arthrites à pneumocoques. — Dans toutes les infections on peut observer des manifestations articulaires distinctes du vrai rhumatisme et qu'on a désignées sous le nom de pseudo-rhumatisme infectieux.

Ces arthrites se rencontrent au cours de la pneumococcie, que celle-ci soit généralisée ou localisée seulement au poumon.

L'histoire des arthrites à pneumocoque est toute récente et leur relation avec la maladie première date de la découverte du pneumocoque. Elles avaient été entrevues bien avant par Andral, Gintrac, Grisolle, mais leur nature vraie ne pouvait être déterminée. Depuis la découverte de cet agent infectieux, les observations se sont multipliées et nombre d'auteurs ont traité cette question que le Dr Leroux vient de mettre au point (Th. Paris 99).

Les arthrites à pneumocoque s'observent à tout âge, elles seraient plus fréquentes cependant entre 40 et 60 ans; de même on les rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme dans une proportion assez considérable, 12 contre 1. L'alcoolisme est retrouvé dans nombre d'observations, il agirait en débilitant l'organisme qu'il prépare à l'infection.

Ces manifestations articulaires apparaissent généralement comme complication de la pneumococcie; les arthrites primitives évoluant sans manifestation pulmonaire ou autre et constituant l'unique localisation de la pneumococcie sont beaucoup plus rares.

Leur siège de prédilection est le membre supérieur et en particulier l'épaule; le plus souvent une seule articulation est atteinte, ou tout au moins un très petit nombre.

L'infection se fait par la voie sanguine; la clinique et l'expérimentation ont en effet démontré le passage du pneumocoque dans le sang, dans certaines conditions. Mais pourquoi ces localisations articulaires? D'après Widal, elles sont le plus souvent sous la dépendance de conditions histologiques, humorales ou dynamiques qui échappent à l'observation clinique. Mais il est un fait remarqué dans la plupart des observations, c'est que le pneumocoque se localise là où l'organisme est moins résistant, là où il y a un point d'appel; d'ailleurs l'expérimentation l'a montré d'une façon certaine. Sans doute la virulence du microbe n'est pas sans importance dans la pathogénie des arthrites pneumococciques, mais elle ne joue pas le principal rôle, qui semble dévolu au terrain

Au point de vue anatomique on peut observer des lésions plus ou moins étendues; les plus fréquentes sont celles de la synoviale, mais il n'est pas rare de les voir s'étendre aux cartilages et même aux os. L'étendue des désordres paraît en rapport avec la durée de l'arthrite plutôt qu'avec la virulence du pneumocoque.

Quant à la nature de l'arthrite elle est dans la grande majorité des cas, purulente; l'athrite séreuse est exceptionnelle.

Au point de vue clinique, Leroux distingue plusieurs variétés :

Les *arthrites parapneumoniques aiguës* survenant vers la fin d'une pneumonie. Tout à coup la température s'élève, atteint 39°, 40° sans qu'on ne trouve rien qui puisse expliquer cette ascension thermique, lorsque apparaît une douleur très vive au niveau d'une articulation. L'examen de la région révèle alors tous les symptômes de l'arthrite: douleur, chaleur, rougeur, tuméfaction; quelques jours plus tard on peut arriver à percevoir la fluctuation.

L'*arthrite parapneumonique subaiguë* ne semble pas un type bien défini, la température est moins élevée, les symptômes moins intenses, l'évolution plus lente. Quant aux arthrites précédant la pneumonie et aux arthrites sans pneumonie, elles sont très rares et ne méritent pas une description clinique spéciale.

L'évolution des arthrites à pneumocoques, rapide dans la forme aiguë, est beaucoup plus lente dans les formes subaiguës où les désordres sont plus accentués. La durée est des plus variables et lorsque la guérison survient, ce n'est souvent qu'après plusieurs mois. Mais la terminaison fatale est fréquente; la localisation articulaire semble être un indice de gravité de l'infection pneumococcique; seulement, la mort ne survient pas du fait des localisations articulaires mais du fait d'autres complications, meningite, nephrite, endocardite, etc... En somme l'apparition dans le cours ou le décours d'une pneumonie de manifestations articulaires, fera toujours porter un pronostic réservé.

La diagnostic sera généralement facile; l'arthrite sera reconnue aux signes énumérés plus haut, qui la distinguent suffisamment des inflammations periarticulaires ou osseuses.

La nature de l'arthrite n'est pas aussi facile à diagnostiquer; s'agit-il d'un rhumatisme articulaire aigue vrai ou d'un pseudo-rhumatisme infectieux et dans ce cas quelle en est la variété?

Les stigmates de l'arthritisme, constants chez les malades atteint de rhumatisme vrai, font défaut chez les individus atteints de pseudo-rhumatisme infectieux, mais en revanche ce sont des surmenés, des débilités. De plus le rhumatisme aigu débute plus lentement et n'est pas précédé de symptômes généraux aussi intenses; enfin le pseudo rhumatisme survient toujours dans le cours ou au déclin d'un état infectieux, tandis que le rhumatisme articulaire prend des gens en bonne santé.

On se basera pour établir la variété du pseudo-rhumatisme sur la nature de l'état infectieux préalablement observé; la concomitance d'une pneumonie permettra d'affirmer le diagnostic. On se rappellera cependant qu'il existe des arthrites metapneumoniques à streptocoques qui se présentent avec des allures d'acuité extrême et une tendance à se terminer par la suppuration avec phénomènes

Digitized by Google

généraux graves de septicemie ou de pyohémie. Dans les cas où il y a épanchement, l'examen bactériologique permettra de résoudre les cas les plus difficiles.

Le traitement à instituer est assez embarrassant vu la gravité de ces arthrites, cependant il est logique de penser que ces arthrites, purulentes le plus souvent, doivent être traitées comme les arthrites purulentes en général par l'arthrotomie ; mais celle-ci sera précoce, dès que la fluctuation sera reconnue. L'articulation largement ouverte on drainera et l'on fera des lavages antiseptiques.

Mais on n'oubliera pas que l'organisme est profondément infecté, d'où l'indication du traitement de l'état géné- qui sera le même que dans toutes les infections.— J. H. M.

CLINIQUE MÉDICALE

Le rôle pathogène de l'Ascaris lumbricoides dans l'intestin de l homme. — Il est vraisemblable, dit M. Guiart (*Soc. biologie*), que toutes les épidémies de fièvre vermineuse d'autrefois n'étaient en réalité que des épidémies d'ascaridiose à forme typhoïde ou peut-être de fièvre typhoïde accompagnée d'helmintiase.

Mais Davaine n'a pas éclairci suffisamment l'association de l'infection et des Ascarides, et, dans un travail récent, un auteur italien, Demateis (1), montre que certaines des interprétations de Davaine ne doivent plus être acceptées aujourd'hui et que les Ascarides ne sont pas de simples corps étrangers contenus à l'intérieur de l'intestin, mais qu'ils sont doués de mouvements très énergiques, qui s'accentuent encore sous l'influence d'une élévation de température fébrile, et qu'ils peuvent alors devenir très dangereux pour l'hôte qui les héberge. Nous acceptons pleinement cette opinion, en ajoutant toutefois que non seulement la fièvre peut provoquer l'action pathogène de l'Ascaride, mais que ce dernier, par sa seule présence, peut provoquer la fièvre, en donnant naissance à des altérations de l'intestin qui vont pouvoir servir de porte d'entrée à l'infection.

Certains auteurs ont indiqué que, dans les points où siègent les Ascarides, il n'est pas rare d'observer un léger ramollissement de la muqueuse intestinale et une fine injection vasculaire semblable à celle de l'entérite érythémateuse. Leroux a signalé de plus, dans un intestin renfermant 83 Ascarides, de petits points ayant l'apparence de piqûres entourées d'un petit cercle rouge. Enfin, dans les cas d'ascaridiose du chien, Friedberger et Frohner signalent également au niveau de la muqueuse tuméfiée et et catarrhale de nombreux petits points arrondis, noirâtres au centre desquels est une dépression ulcérative, entourée d'une zone saillante. Mais Davaine n'admet pas que ces lésions puissent être dues à l'action de l'Ascaride, parce que les mâchoires du parasite ne pourraient, d'aprés lui, s'exercer sur un objet situé en avant, mais seulement sur un objet introduit dans l'orifice buccal. Cette manière de voir n'est pas acceptée aussi positivement par tout le monde et j'ai eu l'occasion récemment d'observer un fait qui me permet d'être plus affirmatif.

Dans la campagne de l'*Hirondelle*, de 1888, S. A. S. le prince de Monaco a capturé, dans le voisinage des Açores, un Dauphin dont l'estomac renfermait un très grand nombre d'*Ascaris conocephalus* Krabbe, qui me furent donnés il y a peu de temps à déterminer. Or, certains de ces parasites étaient fixés sur la muqueuse, et le bouton céphalique, profondément incrusté dans les tissus, s'y était taillé une sorte de cupule assez profonde, présentant des aspérités suffisantes pour permettre à l'animal de s'y fixer solidement avec les dents. Cette cupule est un véritable moulage de l'extrémité céphalique de l'*ascaris* et elle est assez profonde pour que la muqueuse soit sérieusement lésée en ce point. Ces lésions sont certainement identiques à celles observées par Leroux chez l'Homme et par Friedberger et Frohner chez le Chien. Or, il se trouve précisément que l'armature buccale de cet *Ascaris conocephalus* est absolument semblable à celle de l'*Ascaris lumbricoides* de l'Homme. Il est donc très vraisemblable que ce que fait l'un, l'autre peut le faire également, et nous sommes par conséquent en droit d'admettre que l'Ascaride est parfaitement capable d'entamer la muqueuse intestinale ou du moins stomacale.

Si nous voulons bien considérer maintenant que l'Helminthe vit au milieu de la matière intestinale, c'est-à-dire dans un milieu septique entre tous, nous comprenons que la morsure du parasite pourra facilement s'enflammer et donner un abcès ou même donner naissance à des entérites variées sous l'action par exemple du *Bacterium coli* ou du Bacille typhique. Nous comprenons donc mieux maintenant la coïncidence si frappante parfois de la fièvre typhoïde et de l'Ascaride, et cela d'autant mieux que l'étiologie est en réalité la même et doit, pour tous deux, se rechercher dans l'impureté des eaux de boisson. Dans les entérites à forme typhoïde on devrait donc, surtout dans les cas de diagnostic bactériologique douteux, faire un examen microscopique des matières fécales, et, si l'on rencontre des œufs d'*Ascaris*, administrer la santonine.

(1) Demateis La casuistica elmintologica di Davaine in rapporto collo patogenesi moderna. *Riforma medica*, XV, nos 231, 232, 233, 234. Palermo, 1899.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Recherches sur l'électrisation crânienne et cérébrale.— MM. Franck et Mendelsohn résument leur travail par les conclusions suivantes :

Le cerveau est accessible au courant électrique (galvanique) appliqué sur la voûte crânienne. Ceci résulte aussi bien des expériences directes que de toute une série de phénomènes observés pendant le passage du courant à travers

Digitized by Google

le cerveau (vertiges, nausées, vomissements, troubles sensoriels, obnubilation de la pensée).

Néanmoins, cette intensité que l'on croit efficace au point de vue thérapeutique, n'est pas suffisante pour produire une action excitante plus ou moins limitée sur une partie quelconque de la zone motrice de l'écorce du cerveau. La galvanisation céphalique ne produit donc pas de phénomènes moteurs d'origine corticale, quand il s'agit de courants continus faibles et sans intermittence.

Les faits physiologiques et cliniques ne plaident pas en faveur d'une action irritante directe de la galvanisation crânienne sur la substance du cerveau. Ce n'est pas non plus par voie réflexe que l'action du courant galvanique appliqué sur le crâne s'exerce sur l'encéphale.

Les effets physiologiques de la galvanisation cérébrale doivent être attribués à l'action du courant sur les vasomoteurs du cerveau. C'est en modifiant le calibre des vaisseaux et la vitesse du courant sanguin que la galvanisation céphalique modifie la circulation intra-crânienne et produit par cette voie une série de phénomènes qui dépendent de l'augmentation ou de la diminution de l'afflux sanguin.

Les *effets thérapeutiques* de la galvanisation cérébrale sont très discutables sinon nuls. Par contre, cette méthode présente de nombreux inconvénients et même un danger réel. On ne sait ni diriger le courant exactement vers l'endroit malade, ni limiter son action à la partie lésée sans *toucher aux* parties saines; on ignore également l'intensité exacte nécessaire pour produire un effet thérapeutique donné. Tout ceci enlève tout caractère de précision à la galvanisation crânienne comme méthode électro-thérapeutique et rend son application non seulement incertaine mais dangereuse.

Vu l'insuffisance de ses indications thérapeutiques et les inconvénients de son application, la galvanisation cérébrale doit être abandonnée dans le traitement de toutes les affections organiques du cerveau et dans toutes les névroses fonctionnelles où l'excitabilité du cerveau est atteinte. Elle est absolument contre-indiquée daus l'épilepsie. Son champ d'action peut se borner tout au plus au traitement de certaines névroses où il serait utile de produire un effet de suggestion, celle-ci étant particulièrement favorisée par l'application du courant sur la tête.

L'électrisation du cerveau mis à nu dans un but d'exploration diagnostique ne présente ancune utilité pratique, tout en présentant un certan danger au point de vue des convulsions épileptiformes qui peuvent se produire à la suite de l'action excitante du courant, ceci étant vrai, surtout des courants galvaniques interrompus et tout particulièrement des courants faradiques.

L'électrisation directe du cerveau dans un but de recherches présente les mêmes inconvénients et n'est pas justifiée par l'importance des résulsats obtenus. Quel que soit, du reste, le but poursuivi — explorations séméiologiques, ou recherches physiologiques — l'électrisation directe du cerveau doit être considérée comme un procédé inutile, dangereux et ne doit être jamais appliquée.

Etude anatomique sur l'insertion vicieuse du placenta. — M. Pinard fait un rapport sur l'observation suivante de MM. Champelier de Ribes et Varnier :

Une femme de vingt-neuf ans, à la fin de sa grossesse, fut apportée à la maternité, exsangue, par suite d'une hémorragie causée par insertion vicieuse du placenta. L'interne eut à peine le temps de rompre les membranes — ce qui fit cesser l'hémorragie — avant la mort de cette femme, L'enfant étant mort, nulle intervention ne fut tentée pour l'extraire et c'est dans l'attitude même où il fut surpris par la mort que la congélation, commencée douze heures plus tard et prolongée durant trois fois vingt-quatre heures, a permis d'étudier l'utérus en place avec son contenu.

A propos de l'insertion du placenta, les coupes faites et représentées par les planches photographiées, démontrent que dans ce cas, le placenta recouvrait l'orifice interne par une languette de 3 centimètres au niveau de son bord intérieur, alors que le bord supérieur était situé à 10 centimètres au-dessus du promontoire et à trois travers de doigt seulement au-dessous du fond de l'utérus.

Ce placenta n'était donc *prævia* que par cette languette, ce qui permit d'atteindre les membranes avec la plus grande facilité.

Contrairement à ce qui a été décrit et enseigné jusqu'à présent, cette portion *prævia* du placenta n'est nullement atrophiée. C'est au contraire la portion la plus développée, la plus épaisse du placenta.

L'examen histologique a montré, en effet, que cette épaisseur n'est pas due à la congestion, résultant de la compression et de la position déclive, mais bien au développement et à la vascularisation des villosités. De même, la caduque présente tous les signes d'une vie intense et d une circulation maxima, et ne porte aucune trace de dégénérescence.

C'est, du reste, ce qui fait comprendre pourquoi cette hémorragie, causée par un si petit décollement, a été si rapidement mortelle.

L'ouverture de quelques alvéoles de cette riche éponge déciduale en large communication avec l'espace intra-placentaire a permis au placenta de se vider sans arrêt par la fuite, minime pourtant, que présentait sa paroi au niveau de la portion décollée. (*16 janvier*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Traitement de l'épilepsie par les bromures et l'hypochloruration. — M. Toulouse. — Lorsque l'on prive l'organisme dans une certaine mesure de chlorures, on le rend plus sensible à l'action des bromures. Cette notion physiologique a été bien mise en lumière par les travaux de M. Ch. Richet.

Chez 20 épileptiques, soumis à une alimentation dont le sel était à peu près exclu, et traités en même temps par le

Digitized by Google

bromure de sodium à la dose de 4, puis 2 gr. par jour. M. Toulouse a vu le nombre quotidien des accès diminuer dans des proportions très notables, preuve évidente de l'heureux effet du régime. Au contraire, lorsque l'on rétablit le régime ordinaire, le nombre des accidents épileptiques augmente, tout en continuant à administrer une préparation bromurée. Ce n'est donc pas le bromure seul qui a une action favorable. Une part importante dans la cure thérapeutique doit être attribuée à l'hypochloruration.

Présentations de malades. Œdème malin charbonneux des paupières. — M. Thoinot présente un berger atteint, l'automne dernier, d'un œdème charbonneux malin des paupières, à la suite d'une piqûre de moustique, et guéri par la simple application de compresses de sublimé sur la région malade, après avoir présenté les symptômes de la plus haute gravité.

Syphilis pigmentaire. — M. Alex. Renault présente un homme atteint d'une syphilide pygmentaire, occupant le cou, le tiers supérieur de la poitrine, le dos, la région lombaire et l'abdomen. Ces régions sont constellées d'îlots blancs, presque circulaires, et tranchant très nettement sur un fond gris sombre. L'accident primitif, indéniable, remonte au mois d'octobre dernier. — *(12 janvier.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Fracture de l'atlas, guérison. — M. Picqué rend compte d'une observation de M. Billot (armée). Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, qui, en tombant sur la tête, se fit une fracture de l'atlas avec luxation de l'axis ; aucun accident sérieux ne se produisit pendant la réparation spontanée de ces lésions ; le malade présente seulement, outre les déformations osseuses, un peu moins d'étendue dans les mouvements de flexion, d'extension et de rotation de la tête.

Kyste de l'ovaire simulant une grossesse ectopique rompue. — M. Vlaccos rapporte l'observation d'une femme atteinte de péritonite au cinquième jour, chez laquelle il pratiqua la laparotomie, croyant se trouver en présence d'un kyste fœtal rompu. On trouva un kyste de l'ovaire de la grosseur d'une tête d'adulte dont le pédicule était tordu sur lui-même et était la cause de ces accidents. La malade succomba 14 heures après l'opération, probablement d'une embolie. *(10 janvier).*

Traitement des kystes hydatiques du foie. — M. Potherat. La méthode de M. Delbet, c'est-à-dire la réduction complète du kyste, avec ou sans capitonnage, mais sans drainage, après l'évacuation totale du contenu liquide et de la membrane germinative, réalise sans doute un progrès sur les anciens procédés, mais ne doit pas les faire tomber tous en désuétude. Sans doute la marsupialisation du kyste amène une guérison lente, s'accompagne de cholerrhagies, parfois de fistules intarissables. Cependant bien maniée, cette méthode très sûre peut donner des guérisons en trois semaines, résultat qui se rapproche sensiblement de ceux e M. Delbet.

Quant aux méthodes purement médicales, c'est-à-dire la ponction simple du kyste, suivie ou non d'injection parasiticide, il ne faut pas oublier qu'elles ont donné et peuvent encore donner des guérisons complètes, lorsqu'elles sont faites aseptiquement. Une ponction bien faite expose le malade à infiniment moins de dangers que la laparotomie. Cette intervention, qui se fait seule, sans aide, sans anesthésie, sans instrumentation, est praticable partout où l'on peut laver un ventre et flamber une aiguille ; son plus grand inconvénient pourra être de ne pas provoquer la guérison du kyste. Dès lors il sera toujours temps de recourir à la large ouverture du kyste avec suture complète après évacuation.

M. Brun rapporte une observation de M. Bouglé : double kyste hydatique du foie, ouverture de la poche et traitement de M. Delbet, guérison en trois semaines.

Gangrène herniaire. — M. Reynier. En présence des accidents de gangrène de l'intestin dans les cas de hernie étranglée, on ne saurait avoir de règle absolue; le chirurgien doit baser sa conduite sur l'état général du malade et sur les lésions qu'il trouve. Tantôt, il pratique la résection de l'intestin et l'entérorraphie immédiate, lorsque le malade offre une certaine résistance, qu'il n'existe pas de lésions inflammatoires considérables, de phlegmon stercoral. Tantôt, lorsque les malades sont épuisés par le collapsus, plus l'opération sera courte, plus elle aura chance de réussir et on aura alors recours à l'anus contre-nature.

Telles sont les deux opérations que M. Buffet, d'Elbeuf, vient de pratiquer avec un succès complet dans deux cas de gangrène herniaire.

Abcès du foie d'origine appendiculaire. — M. Loison présente un malade opéré le 10 octobre d'une appendicite suppurée, accompagnée de pelvi-péritonite de même nature, chez lequel un abcès intra-hépatique se déclara deux mois après la première intervention. Large ouverture du foyer, résection d'une côte ; guérison. *(17 janvier.)*

BIBLIOGRAPHIE

Les armes blanches; *leur action et leurs effets vulnérants*, par H. Nimier et Laval. (Paris 1900, chez Alcan, éditeur).

Après les projectiles des armes de guerre, après les explosifs, les poudres, les projectiles d'exercice, MM. Nimier et Laval viennent de publier un très intéressant volume sur les armes blanches. Ce livre est divisé en deux parties : la première est consacrée à l'étude des armes offensives, armes tranchantes et armes piquantes ; pour chacune d'elles, les auteurs décrivent leur forme, leur maniement, leur mode d'action et enfin leurs effets dans les différentes régions du corps. Dans la seconde partie, beaucoup plus courte, se trouve la description des armes défensives, casque, cuirasse, bouclier. La compétence des auteurs en matière d'armes de guerre donne à ce livre une valeur toute particulière ; aussi nous ne pouvons mieux faire que d'en recommander la lecture.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Nœvus variqueux ostéo-hypertrophique

Par M. KLIPPEL, *médecin des hôpitaux*, et P. TRENAUNAY

Les hasards de la clinique nous ont amené à observer un malade porteur d'un large nœvus vasculaire étendu à tout le membre inférieur droit et à une partie du tronc du même côté. A ce nœvus s'adjoignaient une hypertrophie marquée du squelette du même membre, des varices précoces et unilatérales, et divers troubles trophiques musculaires, cutanés et vaso-moteurs.

La description de cette lésion complexe a été esquissée dans quelques mémoires spéciaux, dont les auteurs ne nous semblent pas avoir bien réuni et coordonné les divers éléments. Aussi nous a t il paru intéressant de publier cette observation. Nous nous proposerons ensuite, en réunissant les cas analogues que nous avons pu relever çà et là, d'exposer les détails de cette affection, d'en préciser la pathogénie et de tenter de la faire apparaître comme une individualité morbide. Le terme de ***nœvus variqueux osteo-hypertrophique***, qui réunit ses caractères cliniques principaux et sous lequel nous la désignons, nous a semblé propre à la faire désormais nettement distinguer, en la séparant des autres hypertrophies du système osseux.

I

OBSERVATION. — Le nommé M... (Henri) entre à l'Hôtel-Dieu (annexe) pour tuberculose, le 11 novembre 1899.

C'est un homme de 28 ans, d'aspect peu vigoureux, la figure pâle, les traits tirés, la barbe abondante, que sa profession de garçon de cuisine a rendu éthylique. Tout son passé pathologique, en dehors de la maladie qui nous occupe, se résume en ces deux faits : à l'âge de 16 ans, une légère fièvre typhoïde l'a tenu une quinzaine de jours au lit, et plus récemment, à 26 ans, il a eu une pleurésie droite qui a guéri rapidement sans ponction. Les varices qu'il présente à la jambe droite l'ont en outre fait réformer du service militaire.

Les antécédents des ascendants et des collatéraux n'offrent ici rien d'intéressant à signaler.

L'examen du sujet nous révèle trois symptômes importants : un nœvus, des varices unilatérales, enfin une hypertrophie osseuse.

A. NŒVUS CUTANÉ. — Quand on vient à découvrir notre malade, on constate, au membre inférieur droit, et à la partie inférieure droite du tronc, une coloration diffuse, ecchymotique, vineuse, le nœvus venosus des anciens auteurs, formant une large tache irrégulièrement distribuée.

1° *Au tronc.* — Cette tache est constituée par un fond livide, violet, se rapprochant du bleu et parsemé de petits espaces blancs de peau saine. La teinte semble s'effacer par la pression pour reparaître aussitôt après.

En avant, cette coloration s'arrête brusquement au niveau de la ligne blanche ; cet arrêt se fait ainsi sur la ligne médiane, suivant une ligne droite, régulière, comme tracée à la règle, à gauche de laquelle la peau reprend sa coloration normale. Cette ligne de séparation, *absolument* régulière, remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; elle se coude brusquement à ce niveau, et se continue vers la droite par une ligne horizontale beaucoup moins bien tracée, qui limite le nœvus en haut, et qui va contourner le flanc droit. En arrière, enfin, la coloration s'étend, sous forme de languettes effilées, au nombre de trois, dominant chacune progressivement de largeur pour se terminer par des pointes irrégulières et déchiquetées, atteignant la crête épineuse et s'y terminant sans jamais la franchir.

2° *A la cuisse.* — Sans ligne de démarcation, la coloration du tronc se continue en avant sur la cuisse droite. Avec les mêmes caractères que plus haut, elle s'étend régulièrement et sans intervalles de peau saine sur la face antérieure du membre ; elle est limitée en dehors par une ligne capricieusement dentelée, tandis qu'elle recouvre la face interne de la cuisse, empiétant même un peu sur sa face postérieure. Dépassant en dedans la racine du membre, la teinte vineuse envahit tout le côté droit du scrotum, s'arrêtant nettement le long du raphé médian des bourses et se terminant sur les parties droite et inférieure de la racine de la verge par des dentelures irrégulières.

En arrière, il existe sur la fesse droite deux taches ecchymotiques à contours déchiquetés comme les fiords norvégiens, l'une grande comme une pièce de un franc, l'autre, située au-dessous, dépassant en étendue la paume de la main.

3° *Sur le genou.* — Le tégument prérotulien est également coloré, ainsi que les faces latérales de l'articulation. En dedans, ce, pendant, la coloration n'est pas continue : il existe sur la face interne du genou un intervalle de peau saine de la forme et de la dimension d'une petite feuille de vigne.

4° *Sur la jambe.* — La teinte est beaucoup moins foncée, mais existe cependant très nettement à la face antérieure et aux faces latérales de la jambe. En outre, apparaît ici un piqueté rouge brun, formé de taches minuscules et confluentes, plus marqué à la face interne de la jambe et surtout au tiers inférieur. A ce niveau, le piqueté existe seul, la teinte livide a presque complètement disparu ; la peau est blanche, dure, luisante, rétractée, adhérente à l'os, avec en un point la trace de cicatrisation d'un ancien ulcère variqueux.

5° *Sur le pied.* — La coloration reprend toute sa vigueur au niveau du cou de pied, auquel elle forme un bracelet complet, nettement limité en haut, continué en bas par une large tache couvrant toute la face dorsale du pied, tout le bord interne, empiétant même sur la moitié interne de la face plantaire. Du côté de la malléole externe, la teinte ecchymotique est remplacée par une zône fortement et régulièrement pigmentée de brun. Les trois premiers orteils sont entièrement colorés, à la face dorsale comme à la face plantaire. Les deux autres doigts sont seulement envahis à leur base par des languettes violettes, émanées de la face dorsale du pied.

Tout ce vaste nœvus existait dès la naissance tel que nous le voyons actuellement ; les affirmations du malade sont sur ce point catégoriques. Jamais aucune partie n'a rétrocédé ni augmenté ; nous même faisant faire des efforts au malade, n'avons pu constater aucune modification dans la coloration des téguments.

B. VARICES. — Mais le nœvus cutané n'attire pas seul l'attention. Aux dilatations des capillaires viennent en effet s'ajouter de nombreuses dilatations veineuses. Les varices, unilatérales, siègent uniquement au côté droit, côté du nœvus. Le malade est certain de les avoir eues avant l'âge de 10 ans, et affirme presque qu'elles

Digitized by Google

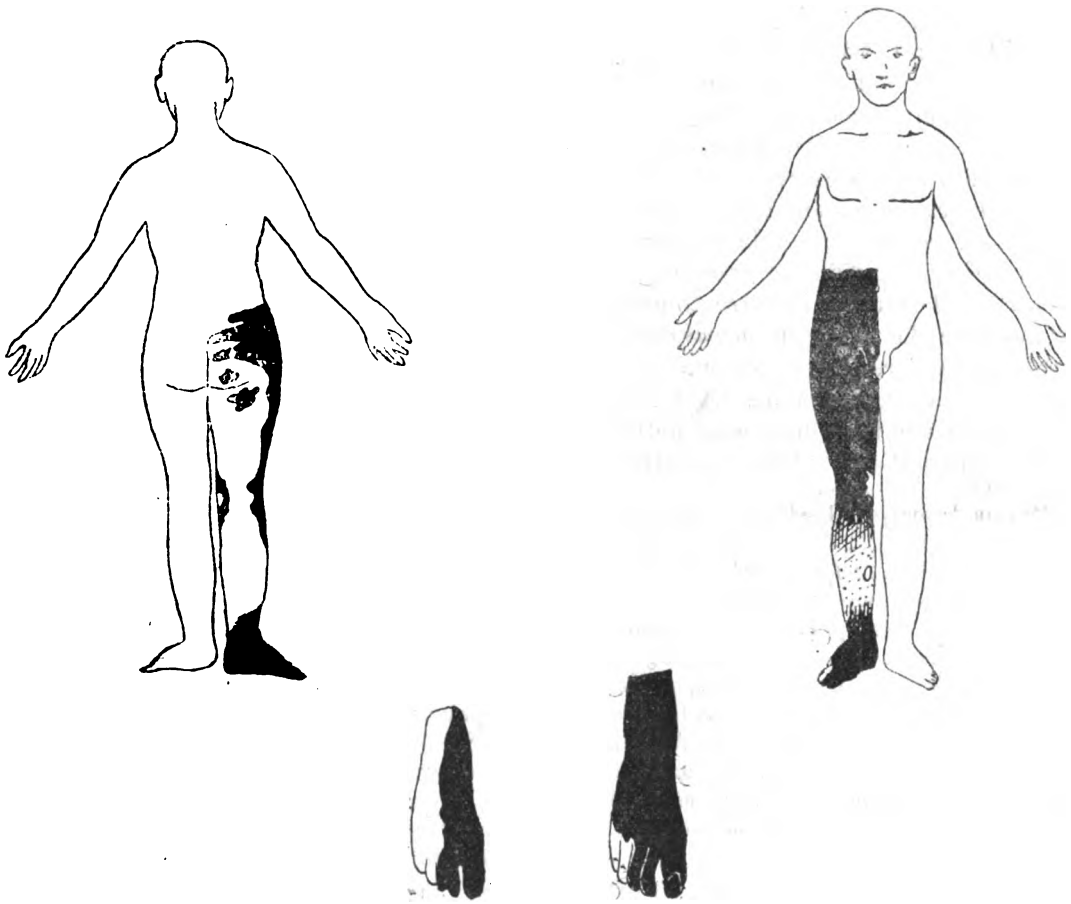
existaient avant sa cinquième année : pour mieux dire, il les a toujours vues.

Alors qu'à la face postérieure de la cuisse et du tronc ce ne sont que de simples varicosités bleuâtres, formant un réseau très anastomosé, mais lisse, à la jambe, au contraire, les varices prennent un développement beaucoup plus considérable, gorgées de sang lorsque le malade est debout, et formant par leur réunion des mailles étroites. Petites et peu abondantes à la face interne de la jambe, les varices commencent à dessiner leur cordon saillant et flexueux à la face interne, immédiatement au-dessous de l'interligne articulaire. Elles deviennent bientôt assez nombreuses pour soulever en de volumineux paquets la partie inférieure de cette même face, lui donnant ainsi un aspect tout à fait irrégulier.

C. Hypertrophie du squelette. — Lorsque le malade est debout, il se place en position hanchée gauche ; si l'on vient à le faire marcher, on remarque qu'il boite légèrement. C'est qu'en effet, sa jambe droite est de quatre centimètres environ plus longue que l'autre.

Cet allongement, au dire du malade, a débuté avant l'âge de dix ans, et la palpation comparée des deux côtés montre que cette hypertrophie osseuse porte non seulement sur la longueur des os, mais aussi sur leur largeur et sur leur épaisseur.

Le corps du fémur droit, autant qu'on peut le sentir à travers les masses musculaires, est beaucoup plus volumineux que le gauche. Son extrémité inférieure descend environ deux centimètres plus bas que du côté opposé. Les condyles fémoraux for-



TOPOGRAPHIE DU NŒVUS

Ces varices se continuent enfin, mais beaucoup moins grosses, sur la face dorsale du pied, et à ce niveau, réapparaissent des varicosités sous-cutanées peu abondantes.

En 1884, le malade avait alors 23 ans, est apparu, sur la face interne de la jambe, au niveau d'un paquet variqueux de dimensions restreintes, un ulcère dont la cicatrisation, nous dit le malade, a mis environ une année à se produire, entrecoupée de récidives. L'ulcère est actuellement complètement guéri ; il reste à ce niveau un noyau fortement coloré, non mobile, centre des nombreux plis que forment tout autour les téguments voisins lisses, décolorés, rétractés, également adhérents.

Du côté des bourses, on sent les deux testicules tous deux de même grosseur exagérée ; le cordon est gros et mou des deux côtés. Il n'existe pas de varicocèle.

ment à droite une masse volumineuse dans laquelle on retrouve assez facilement les dispositions anatomiques normales. La largeur de la rotule est de neuf centimètres à droite, tandis qu'à gauche, elle n'atteint pas sept centimètres et demi. Les plateaux tibiaux sont à droite énormes, très évasés en dehors et en dedans : En somme, l'articulation du genou forme une masse volumineuse et globuleuse.

Le tibia est également hypertrophié, son bord antérieur, loin d'être net et tranchant comme à gauche, est élargi, aplati ; la largeur de la face interne du tibia, prise à la partie moyenne de la jambe, est de quatre centimètres et demi à droite, et mesure à gauche un centimètre de moins. Le tibia est allongé. Il en est de même du pied dont le calcanéum forme un massif osseux volumineux et déformé. Le pied mesure, d'avant en arrière, 29 centi-

Digitized by Google

mètres à droite, 26 seulement à gauche. Enfin, le squelette des orteils est plus gros et plus long, et les espaces interdigitaux plus allongés à droite qu'à gauche.

D. Troubles trophiques. — A ces trois symptômes qui nous paraissent caractéristiques, viennent se joindre des troubles trophiques divers.

La peau, sur le nœvus, est souple et mobile, et se continue sans autre démarcation que la teinte avec la peau des parties avoisinantes. De plus, alors qu'à gauche, lorsque le malade est à découvert, les muscles de la base des poils se contractent, donnant aux téguments l'aspect dit de chair de poule, à droite, au contraire, la peau reste lisse. Les poils font complètement défaut à la face antérieure de la cuisse droite où il n'existe même pas le plus léger duvet. Ils sont au contraire abondants au-dessous du genou.

Les ongles sont déformés, striés en long, écaillés ; ils poussent d'une façon fort irrégulière, leur extrémité libre est épaissie, élevée transversalement, et s'effrite sous le moindre contact.

Le tissu adipeux qui paraît être également marqué aux deux cuisses, fait presque complètement défaut à la jambe droite, où il est impossible de produire un pli cutané.

Les muscles sont manifestement hypertrophiés à la cuisse droite ; à la palpation, ils paraissent plus durs que du côté opposé. Au contraire, il existe à la jambe droite une atrophie marquée. Les mensurations que nous avons pratiquées nous ont donné, en centimètres, les chiffres suivants :

SIÈGE	A DROITE	A GAUCHE
Tiers supérieur de la cuisse.....	55	50,5
Un centimètre au-dessus du bord supérieur de la rotule.....	38	35,5
Un centimètre au-dessous du bord inférieur du même os.	34	32
Partie moyenne du mollet.....	31,5	35

E. Systèmes artériel et veineux. — Le pouls de l'artère poplitée bat également fort des deux côtés. Les deux artères poplitées sont dures et un peu flexueuses. La température, prise à la main, nous a semblé la même à droite et à gauche.

La sensibilité est conservée normale dans toute l'étendue du membre coloré. A aucun moment, il n'est apparu de douleur. Le malade se plaint seulement d'avoir souvent la jambe lourde au point d'empêcher la station debout et la marche. Il accuse de plus, dans le mollet, mais des deux côtés, des crampes rapides et fréquentes.

Les réflexes sont égaux des deux côtés.

La sécrétion sudorale paraît être troublée. Le malade nous dit en effet que, après un léger effort, ou même au repos, dans son lit, la jambe et la cuisse droites se couvrent de sueur. Nous avons constaté nous-mêmes ce dernier phénomène.

F. Examen des autres organes. — Le poumon droit, submat en avant, offre à l'oreille une respiration prolongée, du retentissement de la toux, et de fins craquements secs et fugaces, localisés sous la clavicule. Le poumon gauche paraît sain.

Les bruits du cœur sont assourdis, mais réguliers ; les artères sont dures et rigides. Le bon fonctionnement du tube digestif n'est entravé que par l'apparition de pituites matutinales. Le foie, petit et sclérosé complète le tableau clinique de notre malade.

II

Les recherches bibliographiques que nous avons faites à propos de cette observation, nous ont montré que notre cas n'est pas complètement isolé et que quelques auteurs ont envisagé déjà l'affection qui nous occupe, mais à un tout autre point de vue. Dans toutes les observations que nous avons pu recueillir, les auteurs s'occupaient surtout de l'hypertrophie qui constituait, pour eux, le signe capital, caractéristique de la maladie, les autres troubles, soit le nœvus, soit les varices, ne constituant que des accidents d'ordre secondaire.

Tout d'abord, il nous faut citer le mémoire de Trélat et Monod (1) qui, les premiers, ont tenté d'approfondir la question que nous étudions aujourd'hui. Ces auteurs ont parfaitement vu et décrit l'hypertrophie du squelette et les observations dont ils font suivre leur travail sont remplies à ce sujet de détails et de mensurations. Mais c'est surtout à eux que s'adresse la critique que nous avons formulée plus haut, de n'avoir en réalité étudié qu'un seul symptôme de la maladie, l'hypertrophie osseuse. Pour eux, le nœvus et les varices ne sont que des signes assez fréquents s'ajoutant à l'hyperplasie. S'ils apportent des observations dans lesquelles l'hypertrophie du squelette est le seul symptôme (et encore, dans celles-ci, le diagnostic n'est pas fait avec des maladies telles que l'acromégalie et la maladie de Paget), ils en présentent une quantité au moins égale, dans lesquelles le développement osseux, le nœvus et les varices forment trois termes inséparables, marqués dès la naissance, et d'origine congénitale. Par exemple, dans quatre cas très caractéristiques, (observations III, IV, V, X), des hypertrophies unilatérales siégeant, soit au membre inférieur, soit au membre supérieur, soit même à tout un côté du tronc, répondaient à des nœvi et à des varices siégeant du même côté, et au niveau même des membres hypertrophiés. Nous pouvons même d'un de ces faits tirer une double preuve (Obs. III.); chez le même malade, deux nœvi siégeant l'un à la main droite, l'autre à la jambe droite, s'accompagnaient d'hypertrophie portant exclusivement sur les métacarpiens droits et le tibia droit, c'est-à-dire sur les parties du squelette en rapport avec les taches nœviformes.

Les théories contenues dans ce mémoire ont aiguillé dans la même voie les idées des observateurs qui sont venues dans la suite. C'est ainsi qu'en 1886, Duzéa (2), étudiant les troubles de développement dus à des angiômes superficiels, donne aussi la place prépondérante au symptôme hypertrophie. Et cependant, parmi ses observations, nous trouvons d'abord un cas tout à fait analogue au nôtre (Obs. I). Un homme de 34 ans porte un large nœvus, occupant la

(1) Trélat et Monod. — De l'hypertrophie unilatérale partielle ou totale du corps. *Arch. gén. de Méd.* Mai 1869.

(2) R. Duzéa — Sur quelques troubles de développement du squelette dus à des angiômes superficiels. Thèse de Lyon-1886.

Digitized by Google

face postérieure du membre abdominal droit, et remontant sur la région lombo-sacrée droite; à ce nœvus répond une hypertrophie du squelette d'où résulte un allongement du membre de quatre centimètres et demi; les troubles trophiques musculaires et cellulaires ne font pas défaut, puisque la circonférence du mollet droit dépasse de dix centimètres celle du mollet gauche; enfin, il existe des varices sur la jambe gauche.

Mêmes coïncidences dans d'autres observations. Un nœvus de la cuisse, du genou et de la jambe droites s'accompagne d'un allongement de deux centimètres, pour chacun des trois os constituant le squelette de la région, fémur, péroné, tibia. Un nœvus du tiers supérieur de la jambe gauche coïncide avec un allongement de deux centimètres du tibia gauche, avec genu valgum. Chez un autre malade, enfin, il existe à la fois un nœvus du bras et une hypertrophie du cubitus et du radius.

Et cette coexistence de l'hyperplasie et des nœvi se retrouve même dans les nœvi de la face et du crâne; Duzéa cite (Obs. XIII et XIV) des cas dans lesquels on note à la fois un nœvus d'une moitié du crâne et de la face, et une déformation hypertrophique très marquée des os sous-jacents.

Tous ces cas viennent donc affirmer la très grande fréquence de l'existence simultanée de symptômes osseux, capillaires et veineux. Malgré le nombre considérable d'observations que contient la thèse de Masmejean (1), nous en trouvons peu qu'il soit utile de rappeler, la plupart étant déjà signalées dans les travaux précédents, les autres étant en dehors de notre sujet, ou manquant de détails. Masmejean avait cependant été frappé comme nous de la fréquence singulière de la coexistence des nœvi et de l'hypertrophie osseuse; mais, partageant les idées de Trélat et de Monod sur ce point, il admet simplement la coïncidence fortuite des deux symptômes, tout en en reconnaissant l'origine également congénitale.

Après Masmejean, les auteurs se sont peu préoccupés de la description symptomatique du nœvus et du syndrôme qui l'accompagne. Leur attention a été surtout attirée sur la pathogénie de ces troubles somatiques, et surtout sur leurs localisations, et ce n'est que dans ces toutes dernières années que l'étude du nœvus avec hypertrophie a été reprise. Un élève du Pr Duplay, Leblanc (2) donne dans sa thèse, une bonne description du nœvus et des troubles qui l'accompagnent, mais c'est surtout et cneore sur le trouble osseux qu'il insiste : « La plus grande part du vice de conformation revient aux os », dit-il, et contrairement à ce qu'avaient vu les autres auteurs, il nie la coexistence fréquente des varices et du nœvus, et range ces deux derniers signes, quand ils existent, au même rang secondaire que les troubles trophiques musculaires et cutanés.

En 1898 enfin, confirmant les idées de son élève, le Pr Duplay publie sous le titre de l'Hémihypertrophie partielle (1), et en donnant à l'hypertrophie la place prépondérante, une observation semblable en tout à la nôtre. Un malade entre dans son service pour un ulcére calleux récidivant, avec varices, présente en même temps deux larges nœvi couvrant le membre inférieur gauche, une hypertrophie du même membre de neuf centimètres par rapport au côté droit, enfin des troubles variés portant à la fois sur la peau, épaisse, indurée, dépourvue de poils, sur les ongles, malformés et écaillés, et sur le système secrétoire, dont l'activité est augmentée.

On voit, en somme, au cours de ce rapide historique, combien sont nombreux les cas dans lesquels le nœvus, l'hypertrophie osseuse, les varices précoces et unilatérales existent simultanément dès la naissance. Notre observation vient elle-même grossir le nombre de ces faits. Aussi croyons-nous pouvoir dire que tous ces symptômes se trouvent réunis non pas par accident, par coïncidence fortuite, mais bien au contraire, comme témoins contemporains de l'unique lésion congénitale, c'est-à-dire *comme les signes relevant d'une même et unique maladie.*

III

La pathogénie de cet ensemble de symptômes a de tout temps excité la sagacité des chercheurs, et nous n'en voulons pour preuve que la multiplicité des causes, envies maternelles, traumatismes physiques ou moraux, etc., que l'on donne à la production de ces taches sanguines qui surtout avaient attiré l'attention des anciens.

Actuellement, on cherche à expliquer par des faits plus scientifiques l'existence de ces troubles de développement; et comme leur pathogénie est en étroite relation avec celle du nœvus, puisque pour nous, *celui-ci n'est pas une simple coïncidence,* nous allons d'abord rappeler les théories qui se sont succédé sur ce sujet, en nous plaçant au double point de vue de la production de cette lésion et de ses localisations.

Bull et Pollosson tentèrent les premiers d'expliquer, d'après un cas unique, la présence des nœvi cutanés par une altération congénitale des lymphatiques. Cette théorie, acceptée plus tard par Redard, n'a pas prévalu. Elle a été rapidement détrônée par

(1) Masmejean. — Des hypertrophies latérales du corps totales ou partielles. Thèse de Montpellier-1898.

(2) E. Leblanc. — Contribution à l'étude de l'hypertrophie congénitale unilatérale partielle ou complète. Thèse de Paris-1897.

(1). Duplay. — Hémihypertrophie partielle. Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu. — 2e série-1888.

Digitized by Google

la théorie vasculaire, dont le promoteur est Barwell, qui a été reproduite par Trélat et Monod, et que Duzéa soutenait encore dans sa thèse avec quelques modifications. S'appuyant sur les expériences de Claude Bernard et de Schiff sur la section des nerfs vaso-moteurs, ces auteurs admettent une disposition spéciale du système capillaire produisant une circulation plus stagnante, par suite d'une paralysie vaso-motrice incomplète sur la nature de laquelle ils ne s'expliquent pas, étendue à une partie du système nerveux vaso-moteur. Secondairement alors à la stase sanguine se produiraient l'hypertrophie et les varices. Mais nous avons vu, et Trélat et Monod insistent eux-mêmes sur ce point, que tous ces troubles, s'ils subissent parfois une sorte de progression après la naissance, sont certainement contemporains et d'origine congénitale.

Bientôt, les observations abondant de nœvi, systématisés suivant le trajet des nerfs ou occupant des territoires nerveux définis, se firent jour une série de théories nerveuses sur la production et la localisation de ces lésions.

Pour expliquer la localisation des nœvi, on admit d'abord une lésion des ganglions spinaux, transmise à la peau par l'intermédiaire des nerfs cutanés. Pitres et Vaillard, au contraire, placèrent la lésion primitive dans les nerfs eux-mêmes, et mirent le *nœvus sous* la dépendance d'une névrite périphérique, et cette théorie n'est peut être pas tout à fait abandonnée. Mais Bærensprung (1), le premier, puis Werner et Jadassohn (1896), Hallopeau et Weil (1891 et 1897) publièrent des observations de nœvi à disposition spéciale, systématisée, analogue à celle qu'on retrouve dans le zona, et pour lesquelles les mêmes théories se sont fait jour. On a vu certains nœvi occuper précisément des zones déterminées par Head comme répondant à une région habituelle d'éruption du zona. Ainsi est née la théorie de la métamérie du nœvus, par analogie avec ce que Brissaud avait fait pour le zona, et cette théorie, sans répondre à toutes les objections, jouit actuellement de la plus grande faveur. Les nœvi répondant, dans leurs localisations, soit à des dermatomères, segments du tégument répondant primitivement aux myélomères, segments de moelle ou neurotomes, soit à des métamères radiculaires, soit aux deux le plus souvent. Telles sont du moins les conclusions de Lelong (2).

Quant à la cause même de la production du nœvus, les opinions sont encore plus nombreuses. Quelques auteurs ont admis qu'il s'agissait ici d'arrêt de développement soit ganglionnaire (Bærensprung), soit du neurotome. Mais, comme l'avait déjà vu Alexander (1895) cet arrêt de développement ne pourrait être suivi que d'atrophie du territoire cutané, comme cela a d'ailleurs été signalé pour certains angiomes de la face, répondant à des fentes embryonnaires, et non d'hypertrophie ; c'est aussi l'opinion qu'expriment Mauclaire et de Bovis dans leur livre (1).

On a encore voulu faire jouer un rôle important aux altérations des nerfs trophiques (Samuel). Vulpian a fait justice de cette théorie. Tour à tour, on a invoqué des lésions des nerfs sensitifs, agissant soit par leur action propre, soit par leur action trophique, des lésions des nerfs vaso-moteurs, des lésions du sympathique. Mais tous les efforts faits pour trouver au microscope une lésion nerveuse, n'ont abouti, jusqu'à présent, qu'à des résultats infructueux. Il en résulte qu'aucune des théories nerveuses pour la production des nœvi, et par suite, des troubles qui l'accompagnent, n'est satisfaisante pour l'esprit.

Il restait alors à chercher dans la cellule elle-même la cause de ce vice de développement. C'est ce qu'a essayé Lelong. Pour lui, le nœvus est dû à une malformation cellulaire consécutive soit à une infection ou une intoxication, soit à l'hérédité, soit à une impression morale. Mais dans la production même du nœvus, il nous semble que l'hérédité et l'impression morale ne jouent qu'un rôle tout à fait secondaire, et avec Coulon (2), nous pensons que la cause de beaucoup la plus importante dans l'étiologie de la lésion capillaire, est, comme pour les autres vascularites, « la localisation, en un point ou en divers points du territoire vasculaire, d'un agent infectieux. »

Reverdin, Mauclaire et de Bovis ont montré que cette hypothèse pouvait être justement soutenue lorsqu'il s'agit d'angiôme acquis. Aussi pourrons-nous conclure, avec Coulon, en admettant l'origine infectieuse des angiômes acquis, qu'il n'existe pas entre ceux-ci et les angiômes, congénitaux ou les nœvi, des différences tranchées et qu'une infection locale du fœtus, présidant à la genèse de malformations cellulaires, peut déterminer chez le nouveau-né le nœvus, l'hypertrophie osseuse, les dilatations veineuses et les autres troubles trophiques.

Ainsi le nœvus ne nous apparaît nullement comme un arrêt de développement. Parmi les vices congénitaux, il est permis, croyons-nous, d'en reconnaître

(1) Bærensprung-Arndst. — Noevius unius lateris *Charité Annalem*, 1863, XI, p. 91.

(2) Lelong. — Etude des noevi dans leurs localisations, leurs rapports avec le système nerveux, notamment avec les métamères. *Thèse de Paris*, 1899.

(1) Mauclaire et de Bovis. — Les angiômes. Bibliothèque Charcot-Debove, 1896

(2) E. Coulon. — Les vascularites. *Arch. gén. de Méd.*, mars 1899.

Digitized by Google

qui constituent un déficit, d'autres qui relèvent d'une hyperplasie d'origine irritative et infectieuse (Coulon).

Dans le nœvus variqueux ostéo-hypertrophique la maladie déterminerait par un même mécanisme le nœvus et l'hypercroissance du système osseux.

On sait que cette dernière se rencontre temporairement après la naissance, chez des enfants, à la suite de brûlures, d'arthrites et de maintes lésions des membres (1) et précède pendant un court temps l'atrophie et l'arrêt de développement qui se manifestent en définitive.

Pendant la vie intra-utérine l'activité formatrice peut facilement rendre compte et de l'hyperplasie vasculaire et de l'hypertrophie osseuse, évoluant à la faveur d'une maladie qui très probablement est infectieuse et dont les effets persistent après la naissance pendant toute la période du développement.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Une vieille formule : l'élixir de Stoughton

La composition de l'élixir du médecin anglais du dix-huitième siècle Stoughton n'est pas indiquée de même façon dans tous les livres. Voici la formule que donnent Dujardin-Beaumetz et Yvon :

Sommités sèches d'absinthe..	
Chamaedrys..	
Racine de gentiane..... ..	àà 25 grammes
Ecorce d'oranges amères.....	
Racine de rhubarbe.....	
Aloès du Cap.....	àà 5 —
Ecorce de cascarille.....	
Alcool à 60°...	1000 —

Dans celle de Soubeyran, il y a 23 grammes d'absinthe, 23 grammes de chamaedrys, 23 grammes de gentiane et 23 grammes d'écorces d'oranges amères, 15 grammes de rhubarbe, 4 grammes d'aloès et 4 grammes de cascarille. Le dictionnaire de Ch. Robin reproduit les doses de Soubeyran pour la rhubarbe, l'aloès et la cascarille, mais l'absinthe, le chamaedrys, la gentiane et l'écorce d'oranges amères sont à 24 grammes. Après macération de quelques jours, on exprime et l'on filtre.

Trop peu connu à l'heure actuelle, cet élixir — heureuse association de la teinture des substances énumérées plus haut — est utile dans un certain nombre de dyspepsies hypochlorhydriques. Ce n'est ni plus ni moins qu'une teinture à la fois d'amers purs (gentiane, rhubarbe, aloès), et d'amers aromatiques (absinthe, chamaedrys, cascarille, écorce d'oranges amères).

C'est de la teinture du roi des amers indigènes, de la teinture de racine de gentiane jaune qui doit ses propriétés à ce glycoside amer cristallisable, soluble dans l'alcool, appelé gentio-picrine; c'est de la teinture de racine de rhubarbe, ou, plus exactement, de la teinture de son principe amer, stomachique, la rhubarbarine, et de son principe purgatif, l'acide chrysophanique ; c'est encore de la teinture d'aloès soccotrin, ou, si vous le voulez — quoiqu'elles ne se dissolvent que partiellement dans l'alcool — de la teinture des amers plus purgatifs que stomachiques qui ont noms aloïne et aloétine.

Or, dans les dyspepsies hypochlorhydriques, où les malades ont le dégoût des viandes et l'appétence pour les acides, est-il un amer plus propice que la gentiane à favoriser la sécrétion chlorhydrique de l'estomac ? Les expérimentateurs n'ont-ils pas prouvé qu'elle est, de tous les amers, le plus puissant excitateur de la chlorhydrie gastrique, puisqu'elle triple l'acidité de l'estomac et augmente son chlore de plus de moitié ? Qui se refuserait à croire que la sensation de la faim n'est pas aussi une des conséquences de cette chlorhydrie artificielle ?

J. Frank bornait son ambition à désirer autant « d'écus d'or » qu'il avait guéri de dyspeptiques en leur faisant mâcher de la racine de rhubarbe ; Fr. Hoffmann avait conseillé l'huile essentielle d'aloès dans les dyspepsies graves. Par leur amertume, les teintures de rhubarbe et d'aloès stimulent la chlorhydrie gastrique ; elles ont, en outre, une action laxative qui n'est pas à dédaigner chez les dyspeptiques hypopeptiques presque toujours constipés, et une action cholagogue, par le fait encore laxative, avantageuse contre cet état « bilieux » que J. Frank considérait comme une des indications les plus nettes de l'emploi de la rhubarde : toutefois celle-ci n'est qu'un cholagogue faible en comparaison de l'aloès qui prend place à ce point de vue à côté du podophyllin.

L'élixir de Stoughton est aussi une teinture d'amers aromatiques : c'est de la teinture de sommités sèches d'absinthe officinale, contenant le principe amer résinoïde ou absinthine que dissout l'alcool, et une huile essentielle dont nous aurons à apprécier les effets eupeptiques et surtout l'influence sur le système nerveux central : c'est de la teinture de sommités fleuries de teucrium chamaedrys ou germandrée officinale, de cette labiée des coteaux calcaires et du bord des bois, aux fleurs roses recèlant, elles aussi, un principe amer et une huile essentielle ; c'est de la teinture de l'écorce de cette euphorbiacée des Antilles, du Paraguay ou du Pérou, appelée croton cascarilla ou eleutheria, dans laquelle les chimistes ont découvert une huile volatile verdâtre, d'odeur forte et amère, dans la proportion de 0.5 pour 100, et une matière extractive cristalline très amère, la cascarilline, soluble dans l'alcool ; c'est enfin de la teinture de zeste du fruit du bigaradier (zeste qui est l'écorce d'orange amère) dont les deux principes, l'aurantine, d'une excessive amertume, et l'essence de bigarade sont entièrement solubles dans l'alcool.

(1) Klippel. — Arrêt de développement consécutif aux lésions des membres dans l'enfance. Atrophie numérique. *Revue de Méd.*, 1893, et *Presse Méd.*, 1897.— Daniel. *Thèse de Paris*, 1899.

Digitized by Google

La teinture des huiles essentielles de l'absinthe, de la germandrée, de la cascarille et de l'écorce d'orange amère fortifie l'action excitatrice de la sécrétion chlorhydrique de l'estomac obtenue par les teintures de gentiane, d'aloès et de rhubarbe, la rend plus profonde, plus durable; l'agréable stimulation exercée par les huiles essentielles sur les papilles gustatives, sur l'odorat et sur les glandes salivaires n'est pas plus étrangère au retour de l'appétit que la stimulation qu'elles exercent sur les glandes sécrétoires de la muqueuse du ventricule. Ajoutons que ces huiles essentielles accélèrent la digestion en sollicitant les contractions des fibres musculaires lisses de l'estomac, et facilitent les garde-robes et l'expulsion des gaz en sollicitant les contractions du muscle intestinal.

Voilà le secret de l'efficacité de l'élixir de Stoughton dans toutes les dyspepsies hypopeptiques, et principalement dans celles accompagnées de constipation et de tympanite.

S'il est vrai, comme le veut Fernel, que la germandrée est cholagogue, elle fournit son maigre appoint à la teinture d'aloès et de rhubarbe dans les dyspepsies « bilieuses ».

La dyspepsie hypochlorhydrique des chlorotiques aménorrhéiques ou leucorrhéiques se trouve bien de l'élixir de Stoughton : notons, en passant, les propriétés emménagogues des teintures d'absinthe et de germandrée.

S'en trouve bien aussi la dyspepsie de la convalescence des maladies aiguës : les essences dissoutes dans l'élixir tonifient le système nerveux épuisé, d'où le réveil des fonctions organiques. Chomel recommandait, en pareil cas, l'infusion de germandrée à laquelle Gubler prodigue des éloges.

L'élixir de Stoughton ne réussit si bien dans la dyspepsie hypopeptique des neurasthéniques que parce qu'il remet au point, par ses essences, le système nerveux irritable, cause de la dyspepsie : Barras a écrit, il y a bel âge, que, dans les gastralgies et les entéralgies de cette catégorie, l'absinthe est susceptible de « raffermir les nerfs, de les fixer ». Hedenius, d'autre part, vanta la cascarille dans la dyspepsie des gens minés par la débauche. L'élixir de Stoughton secoue l'estomac languissant et le système nerveux affaissé, déprimé des personnes surmenées par les affaires ou par les travaux de l'esprit.

En ces occurrences diverses, cette mixture sera prescrite à la dose d'excitation gastrique : une cuillerée à café une demi-heure avant le déjeuner, le dîner et le souper, ou une cuiller à dessert une demi-heure avant les repas de midi et du soir. Après cinq ou six jours on cessera deux ou trois jours, et l'on reprendra. Il faudra alterner avec les légères doses de bicarbonate de soude avant les repas ou d'acide muriatique après. C'est la seule manière de ne pas fatiguer l'estomac et de ne pas aller à l'encontre du but poursuivi. — Dr Liégeois, *Correspondant national de l'Académie de Médecine.*

Formulaire du Praticien

Traitement de la laryngite striduleuse. — En présence d'une crise de laryngite striduleuse que doit-on faire? Il convient d'abord de rassurer l'enfant, de lui mettre l'éponge chaude classique au-devant du larynx, de mettre des boîtes d'ouate. On pourra appliquer de la teinture d'iode ou un cataplasme sinapisé au-devant du cou; mais on ne mettra jamais de vésicatoires. M. Comby (*Thérapeutique des maladies des enfants, 3e édition*, 1900), conseille de traiter la maladie comme un rhume; l'enfant sera gardé à la chambre, il prendra des boissons chaudes, une potion expectorante, des antispasmodiques :

1°	Kermes minéral	0 gr. 05
	Julep gommeux	60 —

Par cuillerées à café de deux en deux heures.

2°	Bromure de potassium	0 gr. 50
	Sirop de belladone	10 —
	Sirop d'écorces d'oranges	30 —

Par cuillerées à café dans la journée.

Dans les cas sérieux et répétés, on augmentera la dose de bromure (2 à 4 grammes par jour).

3°	Chloroforme	X gouttes.
	Glycérine	5 grammes
	Sirop de tolu	20 —
	Eau	60 —

Par cuillerées à café de 1/2 heure en 1/2 heure au moment de l'accès.

4°	Bromure de sodium	1 gramme
	Sirop de chloral	1 cuillerée
	Jaune d'œuf	N° 1
	Lait tiède sucré	1 tasse.

En trois fois la nuit (Archambault).

5°	Hydrolat de laitue	60 grammes
	Sirop de codéine	4 —
	Sirop de fleurs d'oranger	20 —
	Alcoolat d'aconit	X gouttes

Par cuillerées à café d'heure en heure.

Si l'asphyxie devient menaçante, M. Comby conseille les tractions rythmiques de la langue, la dilatation de la glotte avec une pince recourbée (C. Paul), ou la trachéotomie.

D'autre part, M. Josias, outre le traitement classique par l'ipéca et les compresses chaudes, conseille les bains de pied sinapisés, les pulvérisations chaudes dans la gorge, et il se range au mode du traitement de M. Comby. Toutefois, ajoute-t-il, quand un enfant sera sujet à des crises de laryngite striduleuse, répétées plusieurs fois par an, il y aura lieu d'inspecter l'état de sa gorge et de ses fosses nasales, et d'établir s'il existe une hypertrophie de ses organes lymphoïdes afin de la traiter.

Pour nous, nous préconisons le modus faciendi suivant qui est puisé dans l'enseignement de notre maître M. Sevestre, et que nous employons au pavillon Trousseau :

On s'abstient de révulsifs locaux, en pratiquant une ré-

Digitized by Google

vulsion générale consistant en un enveloppement froid général de l'enfant. Ces enveloppements froids ont un double avantage, d'abord ils sont un calmant énergique, peut-être le plus énergique que nous possédions ; et ensuite ils sont admirablement supportés par les enfants qui s'endorment assez souvent dans leur enveloppement. Comme médication, M. Sevestre donne la préférence à l'antipyrine et au bromure. On peut administrer simultanément ces deux remèdes, mais il vaut mieux les administrer isolément. Lors de l'enveloppement froid, on donnera du bromure à dose variable selon l'âge de l'enfant ; une cuillerée à bouche par exemple de la potion suivante :

Bromure de potassium.....	4	grammes
Sirop d'écorces d'oranges.....	20	—
Eau de tilleul.....	60	—

Puis, de quart d'heure en quart d'heure de l'antipyrine dont la dose est variable également selon l'âge de l'enfant. Ainsi, pour un enfant de quatre ans, ou pourra aller à 2 grammes et même plus d'antipyrine. On donnera donc tous les quarts d'heure une cuillerée à bouche de la potion suivante ;

Antipyrine	2	grammes
Sirop de sucre..... .	60	—
Eau distillée..... ...	100	—

La cuillerée à bouche contient 0 gr. 25 d'antipyrine. Il vaut mieux donner ce médicament à faible dose, et fréquemment répétée, car son élimination est rapide, et par le procédé des faibles doses, on maintiendra plus facilement l'enfant sous l'influence de la médication. Si la crise d'asphyxie devenait trop inquiétante, il vaudrait mieux ne pas trop temporiser et, pour cela, pratiquer séance tenante le tubage. On retirerait le tube au bout d'une douzaine d'heures. La trachéotomie est actuellement à déconseiller et n'est qu'un pis-aller.

Il est vrai que dans ces cas, le tubage est assez délicat, car il y a un élément spasmodique à vaincre; mais, avec un peu d'habitude on en vient facilement à bout. Pour en triompher sûrement, trois procédés peuvent être mis en pratique ; ou bien on bouche complètement l'orifice glottique avec l'index gauche, en tenant son tube à côté du doigt, tout prêt à être introduit. Quand l'enfant asphyxie totalement, on sent alors que les cordes vocales se relâchent, le spasme cesse et on fait alors rapidement pénétrer le tube. Si l'on n'est pas assez expérimenté pour pratiquer ainsi le tubage, on mettra le tube muni de son mandrin au-dessus du larynx et on exercera une pression très douce et continue, absolument comme on le fait dans le cathétérisme vésical quand il y a un spasme de la portion membraneuse. Au bout d'un instant, le spasme cessera et le tube pénètre comme par enchantement. D'autres fois, le tube est incomplètement introduit, on a retiré le mandrin et l'introducteur, et l'on sent néanmoins que la contraction du larynx tend à énucléer le tube que l'on ne peut introduire totalement. Alors, avec l'index de la main droite qui est libre, on bouche l'orifice supérieur du tube, l'asphyxie fait relâcher le larynx et le tube pénètre sans nulle difficulté.

Si, faute d'habitude, on n'arrivait pas à pratiquer l'intubation avec le tube court, on se servirait alors du tube long qui s'énuclée plus difficilement et qui est, dans certains cas, plus commode pour triompher du spasme. Mais, en raison des ennuis qu'on a parfois au détubage avec le tube long, il vaut mieux ne s'en servir qu'à titre exceptionnel. Dans la laryngite striduleuse qui n'est en somme qu'un accident passager, on aura tout avantage à retirer rapidement le tube au bout de 12 heures, par exemple. — M. Deguy.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Le massage de l'épaule. — A la Société de médecine de Kristiania (*Norsk Magazin for lægevidenskaben*, 1899) le Dr E. Gierstsen a insisté sur les bons effets du massage dans les diverses maladies pouvant intéresser la région de l'épaule (ankylose de l'articulation, atrophie musculaire après une subluxation ou une névrite du plexus brachial, traumatismes aigus avant que l'immobilisation soit venue exercer son influence nuisible etc.). Sans doute, tous ces faits sont connus ; mais, il importe avec l'auteur, d'insister sur les remarques suivantes :

La règle principale en matière de massage est : *Festina lente*, il faut toujours commencer par l'effleurage qui favorise la circulation et l'analgésie, et on y consacre les premiers jours, tout en préparant les muscles avoisinants par le pétrissage et les vibrations. — La capsule est traitée par les frictions beaucoup plus douloureuses et avec les doigts on fait glisser la peau en malaxant les tissus sous-jacents ; les fibres du deltoïde sont tenues bien relâchées, on élève le bras du sujet à 90° en le faisant reposer sur le genou de l'opérateur ; en outre, on « travaille » la capsule de dedans en dehors, c'est-à-dire qu'on fixe l'omoplate et la clavicule, on saisit le bras par le coude et on lui fait exécuter des mouvements passifs, tandis que la tête de l'humérus presse fortement la capsule tant contre les parties voisines que contre les doigts de la main qui maintient le membre en position. — R. D.

Emploi de l'acide chlorhydrique dans les affections osseuses du conduit auditif. — D'après ole B. Bull, ce sont surtout les affections osseuses des parois de la cavité tympanique qui se prêtent bien à ce mode de traitement. On emploie l'acide chlorhydrique à 4 0/0. On en humecte des tampons d'ouate qui sont appliqués sur l'endroit malade et y restent pendant 24 heures. Alors, la partie de l'os malade se tuméfie et il se forme du « cartilege vascularisé ». Le moment où il convient de réitérer l'emploi de l'acide dépendra de la force de la réaction provoquée et de la rapidité plus ou moins grande avec laquelle l'écoulement sera devenu fétide (*Norsk Magazin*, 1899, p. 38). — R. D.

Potion cordiale :

Vin rouge.....	125	grammes
Sirop de sucre.....	30	—
Teinture de cannelle	8	—

A prendre dans la journée.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Contre l'acné :

Soufre précipité	15 grammes
Glycérine	15 —
Eau-de-vie camphrée	50 —
Eau	1000 —

Solution d'acide salicylique :

Borate de soude	4 grammes
Acide salicylique	8 —
Glycérine	8 —
Alcool à 90°	24 —

Eau distillée q. s. pour faire 100 grammes.

Pilules de terpine :

Terpine	5 à 15 centigr.
Térébenthine de Venise	Q. S.

Pour une pilule n° 50.

(Bull. Sc. pharm.)

Pommade contre les engelures :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 50
Extrait chanvre indien	0 — 50
Tanin à l'éther	8 grammes
Glycérolé d'amidon	100 —

(Bull. Sc. pharm.)

Contre les bronchites de l'enfant :

Oxymel scillitique	10 grammes
Teinture de belladone	X gouttes
Sirop simple	10 grammes
Eau	40 —

(Centralblatt Therap.)

Contre l'entérite :

Poudre de Dower	0 gr. 05
Dermatol	0 — 25
Salicylate de bismuth	0 — 75

Pour un cachet.

Cautérisation des excroissances :

Paraforme (trioxy-méthylène)	1 gramme
Collodion riciné	20 —

Poudre contre le coryza :

Menthol	0 gr. 25
Chlorhydrate de cocaïne	0 — 25
Bétol	2 — 50
Salicylate de bismuth	125 grammes

Pommade antidartreuse :

Oxyde de zinc	0 gr. 25
S. N. de bismuth	0 — 25
Calomel	0 — 50
Glycérolé d'amidon	15 grammes

Pilules ferrugineuses :

Protoxolate ferreux	5 grammes
Rhubarbe	5 —
Extrait de quinquina	10 —

Pour 100 pilules. A. G.

MÉDECINE INFANTILE

Traitement de la pneumonie chez l'enfant. — En dehors du tout jeune âge, avant 1 an, en dehors des formes infectieuse ou cachectisante (P. Blasi) chez les débilités, la pneumonie ne comporte en général pas un pronostic bien sévère chez l'enfant. Son traitement doit être simple, surtout dans les cas simples. Ce n'est pas, malgré tout, une pure expectation, même armée.

Prophylaxie. — Trépied hygiénique. — 1° *Précautions hygiéniques* : Eviter le refroidissement, surtout le froid humide, l'enfant étant en sueur, et pour cela, pas d'amoncellement de vêtements chauds. Système anglais d'endurance au froid ou tout au moins pas d'enfant dans du coton. Frictions, hydrothérapie, journalières.

Pour la nuit, longue chemise de flanelle coulissée au bas, si l'enfant se découvre.

Pas de bouche ouverte la nuit, supprimer la cause habituelle, les végétations adénoïdes. Education en vue d'une bonne respiration nasale.

2° A. *Désinfection de la bouche et du nez chez les sujets sains.* Introduire dans les habitudes de toilette journalière la désinfection quotidienne du nez et de la bouche. C'est le complément du nettoyage des dents. Pour cela : solution au borax, si l'on veut aromatisée au benjoin, à la menthe, à l'anis, etc., *ad libitum.*

B. *Désinfection du malade.* — Considérer tout petit pneumonique comme un contagieux; désinfecter ce qui provient de lui et ceux qui l'approchent.

3° *Isolement.* — L'isoler des enfants sains.

Traitement. — Du côté thoracique, il y a menace d'extension de l'inflammation et, encore plus, adjonction d'une zone de congestion très étendue, d'autant plus à craindre que le sujet est plus jeune. Légère menace à la plèvre.

L'état du poumon retentit sur le cœur, d'abord d'une façon toute de mécanique hydraulique, mais il y a de plus l'intoxication générale, corollaire inséparable de l'infection pneumococcique, qui porte son action sur tout l'organisme, et en affaiblit les défenses naturelles, principalement, cœur, système nerveux, reins, foie.

L'emploi d'un serum antipneumoccocique répondrait par excellence à l'indication pathogénique. Jusqu'ici nous n'en possédons pas de pratiquement utilisable,

Le traitement aura donc à combattre : 1° l'état local ; 2° l'état général, c'est-à-dire la fièvre ; 3° l'atteinte du système nerveux et celle du cœur et 4° à maintenir en bonne fonction les émonctoires.

1° *Traitement local.* — Avant toute intervention, de l'hygiène : placer son petit malade dans les meilleures conditions possibles, *chambre vaste*, bien aérée, bien ensoleillée, à une température de 16° à 18° environ, légèrement hu-

Digitized by Google

mide, sans encombrement de choses, ni de gens; *pas de* doubles *rideaux* calfeutrant le berceau. *Position assise* et non couchée de l'enfant; enfant tenu alternativement au lit et sur les bras. En été *ventilation* par les fenêtres ouvertes, mais sans courant d'air direct sur le sujet; en hiver, feu vif de bois, jamais de foyer à combustion lente, poêle mobile ou autre, si possible, chambre de jour, chambre de nuit.

Pas de poussières : ni balayage, ni époussetage à sec, torchon humide. *Pas de tapis.*

Contre l'état local : les antiphlogistiques gradués d'après l'étendue et l'extension du processus.

Le plus souvent suffisent les *cataplasmes sinapisés* sur le côté malade, alternativement en arrière, en avant, sur le côté, laissés environ un quart d'heure au plus, renouvelés 2 ou 3 fois par jour, en changeant de place.

Au besoin, après le cataplasme sinapisé, enveloppement d'une couche légère d'ouate recouverte de taffetas gommé; changer dès qu'elle est mouillée et bien essuyer la peau

Dans le même ordre d'idées, selon les circonstances, *enveloppement humide froid* du thorax à l'aide de compresses renouvelées de demi-heure en demi-heure, taffetas gommé ou gutta-percha laminée au-dessus.

Plus actif : sinapisation soit à l'aide de sinapisme de farine de moutarde délayée à froid entre deux mousselines ou bien d'un carré de toile trempé dans cette bouillie et appliqué en gilet. En cas d'urgence, sinapismes en feuilles tout préparés.

Dans les cas de congestion extrême surajoutée et à marche rapidement extensive, l'ipéca chez les enfants vigoureux, saignée à la veine, mieux saignée locale, ventouses scarifiées, à défaut, sangsues chez les enfants pléthoriques de 2 ans et au dessus.

Pratique moins habituelle : vessie de glace en permanence, séparée de la peau par une flanelle. JAMAIS DE VÉSICATOIRE.

Contre la dyspnée extrême : oxygène, et quelques séances de respiration artificielle par simple pression costale douce.

Prolongation de la révulsion dictée par la prolongation des signes pulmonaires.

2° *Traitement de la fièvre.* — Le symptôme fièvre traduit l'atteinte du système nerveux et indirectement du système circulatoire par l'intoxication infectieuse.

La marche de la fièvre d'une façon générale comporte deux types assez nets ; tantôt fièvre plus ou moins forte, mais rémission matinale notable, tantôt peu ou pas de rémission.

Dans le premier cas, on peut s'en tenir aux antipyrétiques, ce sont les sels de *quinine* qui méritent toujours notre faveur.

Malgré le café noir fort, malgré l'extrait de réglisse, leur amertume persiste. Le tannate de quinine et un nouveau composé, surtout l'*euquinine* ou éther méthylcarbonique de quinine permet l'administration par la bouche. Chez les enfants un peu grands, on peut faire avaler le sulfate de quinine entre de la confiture, au besoin petits cachets ou petites pilules, mais guère avant 5 ans.

Autrement il faut avoir recours aux injections sous-cutanées.

La voie rectale est aussi bien acceptée, petits suppositoires de 1 gr. à 1 gr. 50, par exemple :

En faire introduire un par l'anus plusieurs heures avant le moment présumé de la poussée fébrile.

Bichlorhydrate de quinine.....	0 gr. 10 à 0 gr. 15
ou sulfochlorhydrate	par années d'âge
Beurre de cacao..... ...	1 gr. à 1 gr. 50
Cire..... .	Q s.

pour un petit suppositotre de bébé.

Les frictions avec une pommade quinique sous l'aisselle ou dans l'aine donnent encore une ressource, en cas d'indocilité, mais minime, de dosage peu sûr.

Avec l'administration de la quinine, quelques lotions fraîches peuvent constituer tout le traitement pour ces cas avec rémission.

Peu d'antipyrine, pas de phénacetine, etc., poisons hypothermisants.

Contre la fièvre avec température exagérée et rémission courte et surtout avec rémission insignifiante ou nulle, il y a indication du *bain froid ou frais*, d'autant moins froid et d'autant plus court que l'enfant est plus jeune, 32· 30. 28·, parfois 25·, mais souvent plus froid, jusqu'à 20·, 3 à 5 minutes, parfois jusqu'à 10, 15; massage, friction des membres sous l'eau; grog, thé ou café fort aussitôt avant ou au début du bain; 2, 3 même 4 bains par jour, en général commencer par 1 bain plus tiède, pour arriver dans la suite à de plus froids. Variations selon les indications du moment. De grands lavements froids agissent aussi très bien comme antithermiques.

Indirectement, par action sur le système circulatoire, antipyrexie par les préparations de digitale, l'alcool aussi. Une cuillerée à dessert toutes les 2 heures, dans un grog ou dans un peu de thé.

Extrait de quinquina.....	1 gramme
Teinture de digitale	II à III gouttes par année jusqu'à 12 ans.
Julep gommeux..... ...	6 grrmmes.

3· *Traitement des phénomènes nerveux et cardiaques.* — Les bains y parent en grande partie, de même les enveloppements froids.

S'en tenir là, à moins d'*agitation* extrême, dans ce cas : bromure, musc. Contre l'insomnie : chloral, trional. Pas d'opium.

En cas de *dépression*, collapsus : champagne, alcool, grogs, liqueur ammoniacale anisée, bain sinapisé ou enveloppement sinapisé généralisé, injection d'éther ou mieux de caféine, de solution salée (sérum artificiel).

4· *Traitement dirigé sur les émonctoires.* — Maintenir le rein en bon état de fonctionnement par l'usage de

Digitized by Google

boissons aqueuses abondantes de toutes sortes: thé, café, lait, limonade, orangeade, citronnade, sirops de fruits, etc.

Préparations de scille.

Pas de diète : alimentation modérée, surtout liquide, lait, œufs, fruits cuits.

L'intestin peut, par vicariance servir d'émonctoire, c'est de plus un laboratoire de poisons, aussi, dès le début de la pneumonie, purgatif, celui de choix le calomel, 0,05 + 0,05 par année d'âge, sans ou avec adjonction de scammonée. Dans la suite veiller aux évacuations régulières : lavements simples ou purgatifs.

5° *Traitement des complications.* — Chaque complication, pleurésie, péri ou endo-cardite, néphrite, méningite, etc., comporte un traitement approprié, non spécial.

6 *Soins de convalescence.* — Il y a moins de surveillance à exercer, sur le petit pneumonique guéri que sur le pleurétique. Toutefois quelques soins de convalescence s'imposent après les pneumonies graves.

Frictions sèches ou aromatiques, générales et localisées au côté atteint.

Gymnastique respiratoire avec ou sans appareils ; méthode suédoise, appareil de Zander, pour l'inspiration et l'expiration actives, séances courtes et répétées.

Séjour momentané hors des villes. Cure d'air et d'altitude.

Au printemps, en été, séjour à la campagne, terrain sec, boisé, garanti des vents froids. Choix infini en France : Fontainebleau, Savoie, Dauphiné, Jura, Vosges, Auvergne, etc.

En hiver, toute la région méridionale de la France, Cote d'Azur, Provence, Pyrénées, Arcachon, etc.

En somme : cas légers simples : traitement réduit à quelques prescriptions, révulsions, boissons aqueuses abondantes.

Cas graves : traitement plus compliqué, un peu analogue à celui de la bronchopneumonie. — H. Gillet.

CLINIQUE MÉDICALE

Les effets de l'influenza sur le cœur et la circulation. — Depuis 1889, les médecins ont eu de nombreuses occasions d'étudier l'influenza et ses multiples complications. Sansom, après Huchard, a relaté un grand nombre de cas où l'influenza a porté sur le cœur (*Th. Lancet*, oct. 1899). Son action se manifeste par des symptômes variés.

La tachycardie est peut-être la plus fréquente des modifications dues à l'influenza. Elle peut être persistante ou intermittente, accompagnée par des palpitations. Elle dépasse souvent 100 pulsations par minute. Elle débute tantôt au cours ou immédiatement après l'influenza, tantôt quelques semaines ou quelques mois après.

Le plus souvent, dans les trois quarts des cas, elle ne s'accompagne d'aucun trouble subjectif.

Quelquefois elle est compliquée de symptômes qui se retrouvent dans la maladie de Basedow : palpitations, tremblement, tendance à la syncope, sueurs, rougeurs, agitation.

Souvent des attaques de dyspepsie flatulente, de nausées, de gastralgie, de diarrhée surviennent pendant la nuit, associées avec de la dyspnée et des lipothymies. Ce sont ces attaques que l'auteur désigne sous le nom de « vagus storms ». Souvent aussi ces attaques s'accompagnent de céphalée ou alternent avec des accès de migraine.

Cette tachycardie n'est pas en rapport avec une dilatation du cœur. Même dans les cas où elle dépassait 120, la matité cardiaque n'était pas augmentée ; parfois même elle paraissait diminuée. Dans des cas où les signes de goître exophtalmique existaient, le cœur était plutôt petit.

Lorsque la dilatation du cœur apparaît dans ces conditions, elle est passagère et plus en rapport avec un trouble de l'innervation qu'avec une affection primitive des fibres musculaires du cœur.

Il est rare, en effet, de voir survenir un affaiblissement permanent du myocarde. Dans un cas où la tachycardie atteignait le chiffre de 200 et où le cœur était notablement dilaté, il s'agissait d'une névrite du nerf vague survenue chez un alcoolique ; l'affection guérit complètement.

En même temps que la tachycardie, on peut observer les symptômes suivants du côté des yeux : 1° une rétraction de la paupière supérieure sous le bord supérieur de l'orbite : c'est le signe de Dalrymple, souvent appelé par erreur signe de Stellwag : 2° un tremblement des paupières supérieure et inférieure, quand le malade essaie de les fermer doucement ; ce signe est plus précoce ; 3° le signe de Graefe ; 4° un défaut de synergie entre les muscles des deux globes oculaires, de sorte que l'un semble être sur un plan plus élevée que l'autre : c'est le signe de Dixon-Mann ; 5° l'exophtalmie.

La coexistence de ces signes oculaires avec la tachycardie post influenzique prouve que l'origine de celle-ci n'est pas dans une altération des ganglions nerveux du cœur, mais des centres nerveux. Il y a parésie du moteur oculaire commun.

Très souvent aussi l'influenza laisse a près elle des irrégularités du cœur. Il n'y a aucun rapport entre le degré de l'irrégularité et l'intensité des troubles subjectifs. Parfois, il y a une véritable folie du cœur, sans que le sujet en ait même conscience D'autres fois, des irrégularités très légères, une interruption accidentelle accompagnée de détresse et d'anxiété précordiale.

Il faut donc, avant tout, détourner l'attention du malade de l'observation de son pouls ; car il y a des sujets qui se plaignent de leur cœur, même lorsque celui-ci fonctionne d'une façon absolument régulière : c'est une sorte d'aberration mentale. Ces faits s'expliquent non par une altération du pneumogastrique, mais par un trouble des nerfs sensitifs du cœur.

Ainsi dans les symptômes de maladies de Graves qui surviennent après l'influenza, la tachycardie peut être remplacée par l'irrégularité du cœur ou associée avec elle. C'est surtout chez les goutteux que surviennent les irré-

Digitized by Google

gularités du cœur après l'influenza et qu'elles prennent un caractère de gravité.

Enfin on peut aussi voir de la bradycardie continuelle ou paroxystique — parfois accompagnée d'angoisse précordiale. Le pouls peut tomber à 56, 36, et même 19 par minute. La bradycardie est relativement plus dangereuse que la tachycardie et l'irrégularité du cœur.

Dans quelques cas, le malade souffre vivement de son cœur. Les douleurs sont surtout épigastriques. Elles présentent des paroxysmes d'une extrême intensité et pendant lesquels le malade peut perdre complètement connaissance. Quelquefois la douleur irradie vers le bras gauche, le cou, le dos, donne la sensation de mort imminente faisant songer alors à l'angine de poitrine.

Cependant aucun de ces cas ne fut mortel, la pression artérielle n'était pas anormalement élevée, le cœur paraissait cliniquement sain. Il s'agissait donc de névrite ou de névralgie viscérale, non de vraie angine de poitrine.

Pourtant l'auteur a observé aussi des aortites aiguës, de l'athérome de l'aorte, et des attaques d'angine de poitrine vraie après l'influenza.

Le traitement de ces troubles cardiaques est très délicat. La digitale ne doit être administrée contre la tachycardie que s'il y a des signes de dilatation du cœur. On peut donner X à XX goutes de teinture, 3 fois par jour, pendant 3 jours, avec des intervalles de 3 jours.

On bien deux à quatre granules par jour de digitaline de Nativelle de un dixième de milligramme chacun ; ces granules sont donnés pendant deux jours de suite, puis le traitement est cessé quatre jours et repris ensuite.

L'administration intermittente de digitale vaut mieux que l'administration continue.

Le fer est inutile. L'arsenic, sous forme de liqueur de Fowler, 3 à 5 gouttes par jour, est le meilleur tonique. L'alcool doit être rejeté; le Champagne et le Bourgogne sont dangereux; le Bordeaux et le vin de la Moselle peuvent être tolérés ; mais la diète lactée est de beaucoup préférable.

Le seul traitement vraiment utile de la tachycardie continue post-influenzique est l'application de courants galvaniques faibles (2 à 4 milliampères) sur le trajet du pneumogastrique. L'anode bien mouillée doit être appliquée sur la nuque, la cathode sur le côté du cou entre le muscle sterno-mastoïdien et le cartilage thyroïde ; l'application doit être faite trois fois par jour, pendant six minutes, alternativement à droite et à gauche. Les résultats sont excellents, mais ils se font attendre au moins six mois.

Dans les cas accompagnés de symptômes de maladie de Graves, l'administration de glande thyroïde est indiquée.

Contre l'insomnie, le bromure de potassium, le chloral amide, le trional, seront employés de préférence aux préparations opiacées.

Contre la dyspepsie, des carbonates alcalins. Contre les « vagus storms » la phenacétine et le camphre, quelquefois l'antipyrine, sont excellents.

L'irrégularité du cœur disparaît généralement en même temps que la tachycardie; si elle persiste, on ne doit guère attendre de résultats que de l'hygiène et de l'électrisation du nerf vague. Le massage, les exercices musculaires, les bains, les cures de climat, avec des habitudes de vie bien régulières, sont les meilleurs moyens de traitement contre ces séquelles de l'influenza.

La bradycardie est encore plus difficile à traiter. Le massage quotidien des extrémités, la teinture de belladone à la dose de X gouttes, trois fois par jour, ont des effets favorables contre les accès angineux. Une vie régulière, la phenacétine, l'antipyrine et les injections hypodermiques de morphine au moment des accès, l'iodure de sodium, recommandé par M. Huchard, sont les meilleurs moyens ; au début on l'associera avec des stimulants diffusibles, avec du chlorhydrate d'ammoniaque ; plus tard avec l'arsenic. — E. L. M.

OBSTÉTRIQUE

De la galactorrhée. — A l'état normal la secrétion lactée est intermittente, déterminée par la succion au niveau du mamelon ; dans certains cas, cette secrétion devient continue, le lait s'écoule dans l'intervalle des tétées, c'est à ce trouble de la secrétion lactée qu'on a donné le nom de galactorrhée.

Dans certains cas, ce trouble retentit sur la santé de la mère qui est épuisée alors que l'enfant n'en souffre pas, le lait conservant sa composition chimique normale : dans d'autres cas le lait reste altéré et ici non seulement la mère mais surtout l'enfant en souffrent.

La galactorrhée survient chez des femmes en apparence bien portantes et se termine sans phénomènes connexes du côté des organes génitaux ; dans d'autres observations on a vu ce trouble ne cesser qu'à la réapparition des règles ; souvent la galactorrhée est accompagnée des phénomènes nerveux plus ou moins accentués.

On a longuement discuté sur la pathogénie de cette affection ; le Dr Bidault (Th. Paris 99), vient de reprendre cette question à propos d'un cas observé dans le service de M. Boissard.

a. La *galactorrhée est-elle due à une affection générale?*

Dans beaucoup d'observations on retrouve divers symptômes qui font penser à la tuberculose pulmonaire au début, amaigrissement, pâleur des téguments, etc. Peut-être la tuberculose pulmonaire confirmée ou même au début peut-elle amener des troubles nutritifs assez intenses pour produire un écoulement lacté continu, d'autant plus que dans quelques cas on a trouvé des altérations du lait.

Cette hypothèse paraîtrait confirmée par les observations des vétérinaires qui rapportent des exemples d'inconti-

Digitized by Google

nence lactée chez les vaches tuberculeuses, les uns admettent que l'écoulement continu est dû à ce que les vaches sont tuberculeuses, les autres regardent la traite trop fréquemment répétée comme cause primordiale à la fois de la tuberculose et de la galactorrhée.

Mais une objection s'élève, c'est que toutes les malades recouvrent rapidement la santé après la cessation de l'écoulement ; il est donc difficile d'admettre que ces malades sans aucun antécédent tuberculeux, bien portantes pendant leur grossesse, aient pu étant tuberculeuses revenir aussi rapidement à la santé ; d'autant plus que la grossesse et l'allaitement donnent en général un coup de fouet à la tuberculose pulmonaire.

b. La galacthorrée est-elle due à un reflexe à point de départ mamelonnaire? Normalement la sécrétion lactée résulte d'un reflexe dont le point de départ est la succion du mamelon. On pourrait donc supposer qu'une irritation quelconque siégeant sur le mamelon ou l'aréole et constante dans son action, puisse être capable d'amener l'hypersécrétion glandulaire. Et de fait, on a fréquemment trouvé des affections locales du sein, eczéma, gerçures, fissures, abcès, rendant cette hypothèse vraisemblable. Mais ces différentes lésions sont très fréquentes sans qu'il y ait galactorrhée, de plus elles lui sont souvent secondaires; enfin on a vu, ces lésions une fois guéries, l'hypersécrétion continuer ; ce seul fait infirme l'hypothèse d'excitation locale.

c La galactorrhée est-elle due à une perturbation de l'innervation glandulaire, à des troubles du système nerveux? Bidault se basant sur l'influence du système nerveux sur la secrétion lactée normale d'une part, d'autre part sur les relations évidentes qui relient les organes mammaires aux organes génitaux, enfin, sur les signes d'hystérie et les troubles névropathiques relevés dans plusieurs observations, se croit autorisé à admettre que dans la plupart des cas la galactorrhée est sous la dépendance de troubles du système nerveux, qu'on retrouvera presque toujours en les cherchant bien.

Au point de vue thérapeutique, il faut s'occuper de la mère et de l'enfant. Pour la mère, on a essayé divers traitements locaux et généraux ; on a donné la belladone, l'ergotine, le tanin, l'antipyrine, des purgatifs légers et répétés. Dans les cas sérieux, M. Boissard conseille de sevrer l'enfant dès le début, de comprimer les seins et de donner un purgatif. On prescrira ensuite une alimentation riche et un traitement reconstituant. L'enfant sera donné à une nourrice ou soumis à l'allaitement artificiel, de préférence par le lait stérilisé s'il est jeune. — J. H M.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des lésions de la table interne de l'apophyse mastoïde consécutives aux otites moyennes suppurées. — Ces lésions sont fréquentes, et en raison de la faible épaisseur de la table interne, elles peuvent donner lieu à des complications redoutables, méningites, phlébite du sinus latéral, abcès du cerveau. Il importe donc au plus haut point de savoir traiter ces lésions afin d'éviter les complications qu'elles peuvent engendrer. D'après le Dr Violle (*Th. de Bordeaux*, 1899), le traitement sera prophylactique et effectif.

1° Traitement prophylactique. — Il n'est autre que le traitement des otites moyennes.

a) *Traitement prophylactique général.* — Consiste à faire l'antisepsie des cavités naso-pharyngiennes au moyen de lavages quotidiens avec une solution antiseptique (eau boriquée).

b) *Traitement de l'état constitutionnel.* — L'otite étant souvent une manifestation d'un mauvais état général, on devra traiter ce dernier par des toniques, des fortifiants. S'il s'agit d'une dyscrasie, on lui opposera un traitement approprié.

c) *Traitement des maladies en cours.* — Les maladies infectieuses, les fièvres éruptives seront l'objet d'une attention particulière à cause de leur retentissement sur l'oreille. De même on ne négligera pas le coryza, les végétations adénoïdes, et toutes les affections des premières voies respiratoires.

d) *Traitement médical des otites.* — Comprend le traitement général, quinine, antipyrine, pilocarpine, bromure, etc., dirigé contre la fièvre et la douleur, et le traitement local qui est le suivant : Dans les otites aiguës, paracentèse du tympan et insufflation d'air dans la trompe pour chasser l'exsudat hors de la caisse.

Puis, toutes les deux heures faire un lavage de la caisse à l'eau bouillie chaude. Dans l'otorrhée chronique, Moure conseille de laver l'oreille et le conduit, puis d'introduire dans la caisse une mèche de gaze iodoformée qu'on recouvre d'un tampon d'ouate.

e) *Traitement chirurgical des otites.* — Comprend l'incision large du tympan, s'il n'est pas perforé ou s'il l'est insuffisamment, la destruction des polypes au moyen de cautérisations ou de curettage, l'extraction des osselets atteints de carie et entretenant la suppuration.

Les indications de l'intervention mastoïdienne ont été diversement établies par les auteurs : on peut les formuler ainsi : Lorsque dans une mastoïdite aiguë, le traitement médical n'a donné aucune amélioration au bout de quatre à six jours on doit intervenir. Dans les otorrhées chroniques, le traitement médical sera prolongé un, deux, trois mois, mais s'il n'est pas suivi d'amélioration, l'indication opératoire est formelle ; de même lorsque apparaissent des complications au cours de l'otorrhée chronique.

2° Traitement effectif. — Il diffère un peu suivant les cas. Dans les otites aiguës survenant au cours d'une maladie infectieuse, avec complication mastoïdienne, l'évidement de la mastoïde sera généralement suffisant ; les lésions ne s'étendant généralement pas plus loin. Dans les vieilles otorrhées, au contraire, où tout le tissu osseux est

Digitized by Google

plus ou moins atteint, il faut ouvrir largement la caisse et l'antre.

a) *Evidement pétro-mastoïdien.* — La région étant préparée comme pour toute opération chirurgicale, on incise d'un seul coup jusqu'à l'os suivant le sillon rétro-auriculaire; l'incision aboutit au-dessus de l'insertion supérieure du pavillon ou en part. Le périoste est ensuite incisé s'il ne l'a été d'emblée, on fait l'hémostase, puis au moyen de la rugine, on détache la lèvre postérieure jusqu'aux insertions du sterno-mastoïdien ; la lèvre antérieure étant écartée on a une surface osseuse dénudée, l'apophyse mastoïde. L'espace où portera la trépanation, est limité : en haut par la spina supra meatum, en avant par une ligne passant à 5 millimètres du rebord osseux du conduit auditif ; en arrière la limite est peu précise à cause de la variabilité de situation du sinus latéral, aussi s'éloignera-t-on le moins possible en ce sens ; en bas enfin on ne descendra pas à plus d'un 1/2 centimètre chez l'enfant, de 1 centimètre chez l'adulte.

Ces limites établies, on commence par entamer à la gouge les quatre côtés de ce quadrilatère en ne faisant sauter à la fois qu'une lamelle osseuse. Lorsqu'on arrive à voir un léger orifice, on l'agrandit prudemment et l'on y introduit une sonde cannelée sur laquelle on fait sauter la paroi osseuse. L'orifice suffisamment élargi, on va curetter l'antre d'une façon complète, en faisant l'hémostase au fur et à mesure pour y mieux voir. On ne devra abandonner la curette que lorsqu'elle arrive sur du tissu osseux sain.

Si, en explorant les cellules mastoïdiennes, on y rencontre du pus, des fongosités, il faut absolument faire sauter la paroi externe de ces cellules afin de procéder à un nouveau curettage. Reste à régulariser les bords de l'ouverture à laver au chlorure de zinc à 1/10, à drainer et à appliquer un pansement sec. Ce dernier est laissé plusieurs jours (de 5 à 8), si le malade ne souffre pas, puis on le fait tous les trois ou quatre jours en raccourcissant le drain chaque fois.

b) *Ouverture large de la caisse et de l'antre.* — Stacke débute par la caisse et de là se dirige vers l'antre ; Zaufal débute par l'antre ; les deux méthodes ont des avantages et des inconvénients. Quelle que soit celle à laquelle on donne la préférence, on devra, une fois les cavités ouvertes, les curetter avec le plus grand soin comme précédemment.

Il faut être prévenu que dans le cours de ces opérations un certain nombre d'accidents peuvent survenir : telles la blessure du facial, la blessure du canal demi-circulaire horizontal, la déchirure du sinus latéral. Dans ce dernier cas le champ opératoire est inondé de sang et l'on ne peut continuer ; c'est un accident grave, parfois difficile à éviter à cause des anomalies de position de ce sinus.

Ces opérations donnent d'excellents résultats thérapeutiques et fonctionnels, mais il faut savoir les pratiquer à temps, c'est à cette condition qu'on évitera de graves complications et qu'on aura de bons résultats. — J.-H. M.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Coma cancéreux. — Une femme de 53 ans, observée par Fredrik Grœn (*Norsk Magazin*, 1899) tombe dans un profond état de somnolence qui devient bientôt un coma prononcé. Mort, un jour après l'entrée à l'hôpital. L'autopsie fit constater l'existence d'un cancer de l'estomac qui n'avait pas été soupçonné pendant la vie. Il n'y avait ni sucre ni albumine dans les urines. En un mot, il s'agissait, dans ce cas, d'un « coma dyscrasique », ainsi appelé par Senator, survenant dans le cours du cancer stomacal, et probablement dû à la présence de toxines cancéreuses ou encore de l'acétone. — R. D.

Sclérose de l'artère pulmonaire. — Laache (de Kristiania) donne l'observation d'une femme de 50 ans, souffrant depuis longtemps d'oppression, de toux, avec cyanose des lèvres et des extrémités, sans œdème des membres inférieurs. A l'autopsie, on a trouvé une sclérose très étendue de l'artère pulmonaire, tant dans le tronc principal que dans ses ramifications secondaires. Le système aortique était peu altéré. Cause obscure (ni syphilis, ni alcoolisme). Dans la littérature médicale, on ne trouve qu'un cas semblable, celui de Romberg, avec cette différence qu'il y avait sténose des parties périphériques de l'artère pulmonaire. Dans les deux cas, la cyanose avait été très prononcée, et Laache a une tendance à croire que la sclérose de l'artère pulmonaire peut être regardée comme le point de départ de la cyanose (*Norsk Magazin*, 1899). — R. D.

L'estomac du nourrisson. — C'est une question sur laquelle il a été beaucoup écrit et dont la connaissance est d'une utilité incontestable aux praticiens. C'est pourquoi elle a été reprise par le Dr Borie (*Thèse de Toulouse*, juillet 1899). Lorsque l'on retire le contenu stomacal du nourrisson aux diverses périodes de la digestion, on constate que l'estomac est vide au bout d'une heure trois quarts. Ce fait est constaté par l'examen à l'écran, et par l'apparition, au bout de ce temps seulement, de l'acide chlorhydrique libre. Il en résulte que, si l'on veut laisser à l'acide chlorhydrique le temps de jouer dans l'intestin son rôle antiseptique, il faut séparer les repas du nourrisson par des intervalles de trois heures.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Abcès du foie. — M. Championnière rapporte l'observation d'un homme qui, en 1891, après un séjour de trois ans en Algérie, commença à éprouver des troubles hépatiques avec crises passagères d'ictère, qui depuis lors se sont renouvelés tous les 4 mois environ. En 1898, il entra à Lariboisière, en médecine, où l'on diagnostiqua un kyste hydatique du foie. Quelques mois plus tard, comme il présentait en saillie au creux épigastrique une volumineuse tumeur, un chirurgien lui fit une laparotomie ; mais, constatant que cette saillie était formée par le foie sain, il referma le ventre. Cependant le malade se cachectisait de plus en plus ; il entra alors dans le service de M. Muselier, qui, à l'aide d'une ponction exploratrice, constata un volumineux abcès siégeant sur le bord postérieur du foie, refoulant le diaphragme et le poumon droit. Le sujet était dans un état de cachexie profonde, foie saillant à l'épi-

Digitized by Google

gastre, ventre énorme avec ascite et paraissait peu en situation de supporter une opération.

Le 30 décembre 1899, après l'avoir endormi, M. Championnière reséqua en arrière et à la base du thorax 8 centimètres des 9e et 10e côtes ; puis ponctionna et incisa ensuite avec le thermocautère un énorme abcès du foie, contenant deux litres d'un pus rougeâtre. Le foyer fut nettoyé avec l'eau oxygénée, puis drainé. Malgré sa faiblesse le malade supporta bien cette intervention; trois semaines après il était en bonne voie de guérison.

Tumeur lacrymale congénitale. — M. Guéniot rapporte un cas de tumeur lacrymale congenitale, du volume d'une petite noisette, observée chez un nouveau-né, grâce à des lavages antiseptiques de l'œil avec l'eau boriquée, à l'instillation d'un collyre faible au nitrate d'argent (0 gr. 10 pour 10 gr. d'eau), et à des pansements de la narine avec la pommade boriquée, cette tumeur se vida d'abord par le cul-de-sac conjonctival puis le 11e jour par le canal nasal, et fut complètement guérie.

Le réflexe respiratoire. — M. Laborde communique ses recherches expérimentales sur la détermination de la survie intérieure et latente des propriétés fonctionnelles de l'organisme dans la mort apparente et ses études physiologiques sur le mécanisme du reflexe respiratoire, dont nous avons déjà parlé. (*23 janvier*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Pleurésie typhoïdique. — MM. Souques, Lesné et Ravaut. Nous avons eu l'occasion d'observer, au cours de la dernière épidémie de fièvre typhoïde, deux cas de pleurésie typhoïque, c'est-à dire déterminée par le seul bacille d'Eberth. Chez ces deux malades, la pleurésie est survenue pendant le premier septénaire, et a été précédée de bronchite dans un cas et de broncho-pneumonie dans l'autre.

Dans ces deux faits, l'épanchement était hémorragique : dans l'un, il est devenu purulent pour redevenir hémorragique avant de se résorber. Tous deux se sont terminés par une guérison sans thoracentèse.

Il était intéressant de rechercher le pouvoir agglutinatif du liquide pleural. Cette recherche a été faite dans un cas : la réaction agglutinative faisait défaut. Pour expliquer cette absence de réaction, on avait incriminé la présence du bacille vivant dans le liquide. Cette hypothèse ne vaut plus. En effet, M. Achard a montré que le pouvoir agglutinatif était très marqué dans deux cas de pleurésie typhoïdique. Nous ne sommes pas encore en mesure de dire pourquoi le liquide des pleurésies éberthiennes agglutine dans certains cas et n'agglutine pas dans d'autres, et sommes, sur ce point, réduits aux conjectures.

Enfin, le liquide pleural de nos malades était extrêmement toxique, puisque 1/10 de cent. cube, injecté dans le péritoine d'un cobaye, tuait l'animal en vingt-quatre heures.

Fréquence de la tuberculose chez les immigrés à Paris. — M. Barbier communiquait, en juin 1899, une statistique montrant la fréquence considérable de la tuberculose chez les immigrés à Paris; basée sur 158 tuberculeux, elle montrait que 101 étaient nés hors Paris, soit à peu près une proportion de 70 p. cent.

La nouvelle statistique qu'il apporte, basée sur 400 cas, confirme la proportion indiquée plus haut, de tuberculeux soignés à Paris et nés hors Paris. Plus des deux tiers des tuberculeux soignés dans les hôpitaux, ne sont pas nés à Paris, mais y sont venus avec la pensée d'y gagner leur vie.

Le maximum de la contagion tuberculeuse semble se produire entre les 2e et la 15e année de séjour.

Très peu de ces malades ont des ascendants ou des collatéraux tuberculeux. Cette constatation apporte un argument de plus en faveur de l'hypothèse de la contagion, pour expliquer cette morbidité tuberculeuse des immigrés à Paris.

L'action directe des abus alcooliques, de l'alimentation insuffisante, les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles vivent ces immigrés, favorisent certainement l'éclosion de la tuberculose.

Hypopepsie, guérison par l'usage du suc gastrique animal. — M. Launois. Il s'agit d'un homme de 49 ans, parvenu à un amaigrissement extrême (perte de 28 kilos. en 9 ans) par le fait d'une dyspepsie à marche progressive, que les médications ordinaires n'auraient pu enrayer. Ce malade fut soigné à Vichy par le Dr Frémont, qui constate une absence totale d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique, ne possédant, d'ailleurs, aucune activité digestive.

Le sujet fut maintenu au régime alimentaire (lait, laitages, œufs, revalescière), qu'il pouvait supporter avec grande peine, et prit, chaque jour, en plusieurs fois, 500 cent. cub. de suc gastrique animal. Au bout de quelques jours, les fonctions digestives se réveillèrent, le malade put varier son alimentation et manger de la viande, ce qu'il n'avait pas fait depuis deux ans. Peu après, les forces revinrent, ainsi que l'embonpoint. Au bout de six mois de l'usage exclusif de suc gastrique animal, cet homme était complètement guéri.

M. Barth rapporte un cas analogue de dyspepsie progressive grave, guérie par l'usage du suc gastrique animal, sans que la suggestion ait pu jouer le moindre rôle dans le résultat final.

Ivresse par les collyres à l'éserine. — M. Roubinovitch vient d'observer un vieillard de 80 ans, atteint de glaucome chronique bilatéral, à qui l'on administrait depuis 3 ans, 2 fois par jour dans chaque œil 2 gouttes du collyre suivant :

Sulfate neutre d'éserine.....	0 gr. 05
Eau distillée.....	10 grammes

Ces gouttes représentaient par jour 2 milligr. d'éserine.

La santé générale de ce vieillard était relativement bonne malgré un état arterio-selereux en rapport avec l'âge.

Depuis 8 mois environ, il présentait après chaque appli-

Digitized by Google

cation de collyre, des troubles caractérisés tantôt par un sommeil vague avec idées délirantes, tantôt par la perte de la notion exacte des parties de son corps et des personnes de son entourage. De plus, de temps à autre, il était pris dans la journée de petits vertiges, de secousses dans les membres, sans que son intelligence se trouvât altérée.

M. Roubinovith n'eut pas de peine à reconnaître que ces troubles étaient dus à une intoxication par l'ésérine, la suppression du collyre les faisant rapidement disparaître. Il n'en est pas moins que ce médicament capable de provoquer à des doses minimes des troubles psychiques transitoires, peut-être même des hémorrhagies cérébrales, ne doit être employé qu'avec prudence chez les arterio-scléreux.

Tétanos traumatique. — M. Ménétrier rapporte l'observation d'un homme de 38 ans, atteint, à la suite de plaies contuses de tétanos, à évolution lente et s'aggravant progressivement, guéri par l'injection de deux doses de serum anti-tétanique. (*19 janvier*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Des para-appendicites. — M. Quenu désigne sous ce nom des péritonites localisées, développées dans le voisinage immédiat de l'appendice et sans dépendance aucune d'une lésion de cet organe. La para-appendicite diffère des péri-appendicites ; celles-ci accompagnent la plupart des appendicites un peu graves, font partie intégrante de leurs lésions. La para-appendicite au contraire n'a aucun lien étiologique avec l'inflammation de l'appendice, ne contracte avec ce dernier que des rapports de voisinage ; mais ces rapports suffisent à créer une similitude de symptômes et de signes, qui justifie le terme sous lequel M. Quenu désigne cette variété de péritonite localisée.

En réalité, cette dénomination s'applique aux inflammations péritonéales développées autour de la terminaison de l'iléon et autour du cul-de-sac cœcal ; elle comprend des adénites péri-appendiculaires, des péri-ilœites, des péri-typhlites vraies. Leur développement a pour point de départ, comme les appendicites, les follicules clos disséminés dans l'épaisseur de la muqueuse intestinale de la région iléo-cœcale.

La symptomatologie des para-appendicites se confond presque avec celle de l'appendicite. Le diagnostic des lésions para-appendiculaires ne saurait donc être distinct dans l'immense majorité des cas de celui de l'appendicite, du reste ce diagnostic différentiel n'offre pas grand intérêt, car les indications thérapeutiques sont identiques.

Mais l'intérêt commence à l'instant des constatations intra-abdominales ; il ne faut pas qu'en présence de lésions graves et étendues du péritoine, le chirurgien se contente d'enlever un appendice si l'aspect de cet appendice à peine vascularisé, à peine un peu gros, explique mal l'étendue, les caractères et l'évolution du foyer ; il faut inspecter la région para-appendiculaire, le fond du cœcum et spécialement la terminaison de l'intestin grêle, s'assurer qu'il n'existe pas de perforation, boucher les trous s'il en existe et, après avoir asséché tout le foyer sans lavage aucun, en assurer la large évacuation par un drainage avec des drains et non avec des paquets de gaze qui bouchent et ne drainent pas. C'est l'importance pratique qui s'attache à une telle conduite chirurgicale qui nous a engagé à faire connaître les faits dont nous avons été témoin.

Adénite dans l'appendicite. — M. Gérard-Marchand rapporte trois observations d'adénites péri-appendiculaires, dont une fut observée par M. Dieulafoy, une autre par le docteur Marciguey ; dans ces trois cas, le diagnostic d'appendicite s'imposait d'une manière absolue. Après l'ouverture du ventre, on constata une fois des ganglions péricœcaux caséeux, une fois un ganglion suppuré, et la troisième fois, dans le cas de M. Marciguey, une infinité de petits ganglions hyperplasiés, indurés, disséminés sur le mœso-appendice, le grand épiploon, le feuillet droit du mésentère. Chez ces trois malades, la guérison, après résection de l'appendice, fut complète, définitive. Quant aux appendices, ils étaient à peine atteints de petites lésions folliculaires

La nature de cette infection ganglionnaire est encore indéterminée. S'agit il d'un processus tuberculeux, comme l'état des ganglions autoriserait à le croire ? Ou bien ces adénites sont-elles purement inflammatoires ? Autant d'inconnues auxquelles il n'est pas encore possible de répondre. Ce qui est certain, c'est qu'à côté des adénites para-cœcales, il faut faire une place aux adénites cœcales, ou pré-cœcales.

Phlegmon diffus du membre inférieur. — M. Chauvel fait un rapport sur une observation de M. Dubujadoux. Il s'agit d'un jeune soldat, atteint d'un phlegmon diffus de tout le membre inférieur, remontant jusqu'au bassin, traité d'abord par de nombreuses incisions libératrices, puis par des injections dans le tissu cellulaire inflammatoire d'eau oxygénée, qui finalement enrayèrent la marche envahissante du mal ; guérison en quelques semaines.

Lymphangiome congénital. — M. Terrier préeente une jeune fille de 15 ans, atteinte d'un lymphangiome congénital de la région sacrée, et des deux plis de l'aine, simulant des varices lymphatiques, sans filariose. (*24 janvier*).

France médicale. — M. le Dr Chevallereau a quitté la direction de ce journal qui appartient maintenant à notre sympathique confrère, le Dr Prieur. Nous adressons au nouveau directeur de la *France médicale* nos plus sincères compliments avec nos meilleurs souhaits pour le succès de sa publication qui ne peut, du reste, que prospérer grâce à un nouveau programme et aux traditions de bonne courtoisie et de parfaite confraternité laissées par M. le Dr Chevallereau. — (*Note de la Rédaction.*)

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE CHIRURGICALE

Quelques réflexions à propos de la colite muco-membraneuse et de l'appendicite qui se produit au cours de cette maladie

Par le Dr LOUIS BEURNIER, *chirurgien des hôpitaux*

La colite muco-membraneuse est devenue depuis quelque temps à l'ordre du jour et a été l'objet de nombreuses discussions tant au point de vue de sa pathogénie qu'à celui de son traitement. Aussi, je tiens à présenter ici le résumé des opinions que j'ai pu me faire au sujet de cette affection d'après sept malades que j'ai eu à soigner, dans la clientèle, bien entendu. Je dis bien entendu, parce que, en effet, il est absolument exceptionnel pour nous d'avoir à observer ces sortes de malades à l'hôpital, car ils entrent en général dans les services de médecine, où, d'ailleurs, on ne les conserve pas longtemps et où on ne peut, par conséquent, pas les suivre.

De plus, j'ai été appelé auprès de cinq de ces malades pour des accidents purement chirurgicaux, survenus au cours de la colite muco-membraneuse, et sur le caractère desquels je crois fort utile d'insister.

Les auteurs ont émis des opinions un peu différentes à propos de l'étiologie de la colite muco-membraneuse; mais tous ont semblé à peu près d'accord sur ce point, que les malades qui en sont atteints sont des névropathes. Je suis absolument de cet avis, et j'ai observé un état névropathique ancien, invétéré, chez tous mes malades.

Tous aussi étaient arthritiques; mais, le point sur lequel j'insiste et qui était constant est que j'avais affaire à de vieux dyspeptiques, des dyspeptiques datant de l'enfance ou de l'adolescence.

D'ailleurs, tous ces états pathologiques ne vont-ils pas admirablement ensemble comme par une sorte d'enchaînement, sinon forcé, au moins fréquent? Arthritisme, névropathie, dyspepsie, tels sont les anneaux de la chaîne à laquelle étaient rivés tous nos patients.

Quant aux théories, je laisse aux médecins le soin de les élucider et je ne dirai à ce propos que quelques mots. Il est évident que la colite muco-membraneuse est constituée par la coagulation, à la surface de l'intestin, de produits secrétoires d'abondance anormale et excessive et probablement de qualité modifiée. Donc deux manifestations bien différentes : exagération des sécrétions et coagulation de ces produits. Un seul de ces éléments ne suffirait pas pour créer la maladie. En effet, l'hypersécrétion de la muqueuse intestinale se manifeste dans bien des états pathologiques différents, sans que pour cela il y ait colite-membraneuse. N'a pas qui veut cette affection. Il faut, pour qu'elle se produise, qu'il y ait coagulation. Quant à cette coagulation, d'où peut-elle venir? Evidemment d'un trouble nerveux, qui va parfaitement avec les états généraux que nous avons signalés.

On a dit que tous les sujets atteints de colite muco-membraneuse présentaient des lésions des annexes. Ici, il faut s'entendre. D'abord, bien que les femmes soient, dit-on, plus souvent en proie à cette maladie que les hommes, il faut reconnaître qu'elle n'épargne pas le sexe masculin; et, pour ma part, je ne sais si j'ai rencontré une série exceptionnelle; mais, sur mes sept malades, cinq étaient des hommes. Quant aux lésions des annexes elles-mêmes, elles peuvent être de deux sortes : ou des annexites vraiment chirurgicales, suppurées ou séreuses, et il me semble bien difficile d'affirmer qu'une malade atteinte de colite muco-membraneuse présente forcément cette affection, ou cette lésion spéciale connue sous le nom d'ovaires scléro-kystiques, douloureux ou névralgiques. Ici, j'accepte volontiers l'idée émise plus haut, car l'existence d'ovaires scléro-kystiques douloureux est fréquente chez les sujets entachés des diathèses névropathiques ou arthritiques. C'est un anneau de plus à la chaîne, et je l'y attache avec plaisir.

A propos des symptômes, la constipation a été bien indiquée, mais je tiens à insister sur quelques caractères des évacuations intestinales. Tous les malades atteints de colite muco-membraneuse ne présentent pas les signes d'une constipation permanente. Il y en a de nombreux, c'est même l'immense majorité, qui ont des alternatives de constipation et de diarrhée; notamment de suite après les repas, ils ont un besoin subit d'aller à la selle et cette selle est diarrhéique. Quant aux selles normales, elles ne se font le plus souvent qu'à l'aide de lavements, et il y a toujours coprostase. On peut donc dire qu'à côté des vrais constipés il y a ce qu'on pourrait appeler les irréguliers de la défécation.

Les gaz sont toujours en extrême abondance, quelle que soit l'alimentation, et il est facile de s'en rendre compte en palpant et percutant le gros intestin et surtout le cæcum. En effet, les gaz se forment toujours à ce niveau; de là ils suivent le trajet en fer à cheval du gros intestin, et le malade a la sensation nette et précise de ce voyage à toutes ses étapes.

Il en est de même des douleurs, qui suivent absolument la marche des gaz, c'est-à-dire qui prennent toujours naissance au niveau du cæcum et s'irradient de là vers le colon ascendant, puis le colon transverse, puis le colon descendant, sans s'y fixer, mais en restant toujours au point de début avec son maximum d'intensité.

Digitized by Google

Quant aux phénomènes d'obstruction signalés par certains auteurs, je ne les ai jamais observés.

La particularité chirurgicale sur laquelle je veux appeler l'attention est l'apparition de l'appendicite au cours de la colite muco-membraneuse.

Cette apppendicite peut revêtir deux formes. Elle peut être l'appendicite aiguë que tous les chirurgiens connaissent, se manifestant à grand fracas avec ses symptômes et ses dangers ordinaires. Celle-là, je n'y insiste pas; elle n'a absolument rien de spécial ici. Dans d'autres cas, chez un malade atteint de colite muco-membraneuse, depuis un temps plus ou moins long, quelques mois en général, survient une douleur sourde, peu intense, au lieu d'élection de la douleur appendiculaire. Cette douleur est augmentée par la pression en ce point précis; elle s'accompagne de quelques irradiations, le long du cordon et jusque dans la direction de la hanche, mais à part cela, elle reste parfaitement localisée. Elle se développe peu à peu, sournoisement, et n'arrive jamais à être vraiment aiguë. Tous ces caractères nous mènent bien loin de la douleur vive, caractéristique de l'appendicite ordinaire. Avec quelques jours de repos, un peu d'opium et, au besoin, quelques cataplasmes laudanisés, tout disparaît.

Cette seconde forme, très particulière, nous paraît bien plus fréquente que la forme aiguë, si nous nous reportons à nos observations. En effet, sur les cinq malades auprès desquels nous avons été appelé comme chirurgien, un seul avait une appendicite franche, ordinaire; les quatre autres avaient la forme sourde, subaiguë, dont nous venons de parler. Dans deux de ces cas, l'attaque ne se renouvela pas; dans le troisième, il y eut un second accès, à quelques semaines d'intervalle, mais encore plus atténué que le premier; dans le quatrième, un troisième accès fut tellement léger qu'il aurait passé presque inaperçu sans le souvenir des deux premiers.

On peut se demander, à propos de l'apparition de l'appendicite chez les malades atteints de colite muco-membraneuse, laquelle de ces deux affections a précédé l'autre. En effet, certains viennent nous dire que la colite muco-membraneuse n'est que le résultat, probablement réflexe, d'un état latent d'inflammation de l'appendice. Cela est possible, mais il me semble que c'est là une affirmation toute gratuite et plutôt une impression que la constatation d'un fait. On peut tout aussi bien estimer que les lésions muqueuses primitivement développées dans le cæcum et le colon ascendant se sont propagées à l'appendice et que cette propagation a donné lieu à ces phénomènes tout à fait particuliers que je viens de signaler au niveau de cet organe et qui ne ressemblent en rien à l'appendicite vraiment chirurgicale que nous connaissons. Bien qu'il soit impossible de rien affirmer à cet égard, je serais plutôt porté à admettre cette dernière hypothèse, d'autant plus que les antécédents, minutieusement fouillés, ne m'ont jamais fait découvrir aucun passé appendiculaire chez mes malades.

Je n'ajouterai que quelques mots au sujet du traitement. Comme tous les auteurs, je n'ai aucune confiance, pour le cas particulier, dans les antiseptiques intestinaux. Tout au plus est-il utile d'administrer aux malades quelques absorbants des gaz de l'intestin.

Quant au régime, j'y attache la plus grande importance et je l'ai toujours vu être un élément nécessaire du traitement. La meilleure preuve en est que, tant que la guérison n'était pas absolument complète, le malade, s'il venait à modifier en quoi que ce soit l'alimentation prescrite, était de suite victime de son imprudence et obligé de revenir à son régime.

Ce régime est indiqué partout et je n'insiste pas : viandes râpées, purées, etc... L'opium m'a paru utile à administrer de temps en temps, lorsque les douleurs résultent de la production et de la circulation des gaz développés dans l'intestin.

J'insiste surtout sur l'entéroclyse, les douches ascendantes, qui sont nécessaires, et je signale les bons effets que j'ai obtenus chez les malades envoyés à Plombières, où ce traitement est parfaitement appliqué.

Enfin, le point de vue qui me regarde surtout, c'est le traitement de l'appendicite chez ces malades. Si l'appendicite est aiguë franche, il faut intervenir dans les conditions ordinaires, et pas n'est besoin de revenir sur ce sujet qui a été amplement traité partout. Mais, dans les cas d'appendicite sourde, que convient-il de faire? Chez les malades que j'ai observés, il n'a pu être, à aucun moment, question d'intervenir chirurgicalement. Un repos de quelques jours, des cataplasmes, l'onguent napolitain en couche épaisse ont suffi pour éteindre la menace bien anodine d'incendie. — Lorsqu'il y a eu des récidives, elles étaient de plus en plus légères, et plus rien n'a reparu depuis la guérison de la colite muco-membraneuse. Bien entendu, je ne nie pas qu'il puisse se produire des circonstances où l'opération est indiquée, car il y a, non pas des maladies, mais des malades, et il est impossible de poser des principes absolus sans exceptions. Tout ce que je puis dire, c'est que, dans quatre de mes cinq observations, rien n'eût autorisé à la proposer.

Dans la cinquième, l'intervention a été réalisée, mais dans des circonstances un peu spéciales, dont je tiens à dire quelques mots, en terminant. En effet, il arrive assez fréquemment que, chez les malades atteints de colite muco-membraneuse, le gros intestin, chroniquement enflammé dans toute son épaisseur,

Digitized by Google

contracte des adhérences étroites avec l'épiploon, qui finit par être complètement fusionné avec lui. De là, tiraillements et douleurs pendant les mouvements et la marche, et impossibilité absolue de vaquer aux occupations ordinaires ou professionnelles, C'est dans ces circonstances que l'intervention s'est imposée, chez un de mes malades et cependant toute trace d'appendicite était depuis longtemps éteinte. L'appendice fut d'ailleurs trouvé sain à la vue et à l'examen microscopique. Tous les troubles étaient dus à la fusion absolue de l'épiploon avec le gros intestin, soudure qui s'étendait à toute la hauteur du colon ascendant. C'est là une indication toute spéciale, à laquelle on pourra être obligé d'obéir dans certains cas.

CLINIQUE MÉDICALE

De l'embolie pulmonaire dans les phlébites

Par le Dr Mérigot de Treigny
Ancien Interne des hôpitaux

L'embolie pulmonaire est un accident soudain qui, dans le cours des phlébites vient surprendre le malade, alors que rien n'indiquait l'imminence d'un danger.

Nous ne nous occuperons que des embolies ayant un volume suffisant pour exercer une action mécanique et nous laisserons de côté les embolies capillaires, qui agissent seulement par les germes qu'elles apportent. Dans la forme la plus ordinaire le malade, qui jusque-là n'éprouvait aucune gêne respiratoire, est pris subitement d'une extrême suffocation, s'accompagnant de sensation douloureuse ; il lui semble que l'air lui manque tout d'un coup ; malgré ses efforts précipités, il ne peut calmer la soif d'air qui le tourmente. Les mouvements respiratoires s'accomplissent avec une grande amplitude, l'air pénètre largement dans la poitrine et cependant l'asphyxie est évidente ; la face se cyanose, les jugulaires sont gonflées, les yeux saillants avec des pupilles largement dilatées ; le visage exprime l'angoisse la plus vive, le patient a la perception nette de sa fin prochaine et en témoigne par quelques paroles entrecoupées.

La douleur, qui accompagne toujours la dyspnée, débute brusquement avec elle. C'est un point de côté, à caractère déchirant, ou une sensation de constriction thoracique des plus pénibles. Il n'y a ni toux, ni expectoration. Ce n'est qu'exceptionnellement, que l'on constate le rejet d'une certaine quantité de sang presque pur.

Les battements du cœur sont violents, tumultueux et irréguliers ; le pouls, d'une fréquence extrême, devient filant et intermittent, les extrémités se refroidissent et se couvrent de sueurs. A ces symptômes s'ajoutent parfois des troubles divers dus à la réaction nerveuse, frisson brusque et non suivi de fièvre, au moment de la pénétration de l'embolie dans l'artère pulmonaire, raideur de la nuque, mouvements convulsifs plus ou moins généralisés avec écume à la bouche. L'auscultation n'est que bien rarement possible, cependant on a pu reconnaître des signes de congestion avec œdème diffus.

Tous ces accidents s'aggravent d'instant en instant et la mort survient en quelques minutes ou en une demi-heure au plus ; à moins que des rémissions, trop fugaces, ne permettent une prolongation un peu plus grande de la lutte. Qu'elle soit plus ou moins rapide, la mort est presque inévitable et il est exceptionnel de voir un orage semblable se calmer. Encore, même dans ce cas, un retour offensif est à craindre pendant plusieurs jours et peut être fatal.

La mort peut être plus soudaine encore et véritablement instantanée. Le malade se dresse brusquement sur son séant, en poussant un cri ou de simples gémissements, il porte la main à sa poitrine, a à peine le temps d'articuler quelques mots et retombe comme foudroyé. La face est restée pâle ; l'asphyxie n'a pas eu le temps de s'accuser, les battements du cœur ayant cessé d'emblée, comme dans une syncope véritable. Une pareille catastrophe ne tient pas nécessairement au volume du caillot, car elle a été constatée même pour des embolies de moyen volume et en tout cas bien capables de franchir l'infundibulum. On ne peut l'expliquer que par un réflexe inhibitoire, dû à l'excitation mécanique de l'endocarde par le caillot.

Malgré ces réserves il faut reconnaître que les deux formes que nous venons de rappeler se voient surtout dans les grosses embolies et que les caillots de plus petites dimensions donnent en général lieu à des accidents, notablement plus atténués et surtout moins rapides dans leur évolution, quoique graves encore. L'organisme peut résister, au moins un certain temps, au coup qui lui est porté et l'oblitération d'un rameau plus ou moins important de l'artère pulmonaire amène la formation d'un infarctus, ou noyau d'apoplexie pulmonaire.

Là encore le début des accidents se fait brusquement par l'apparition d'une dyspnée continue avec point de côté aigu. Le frisson initial n'est pas rare, mais n'est pas suivi d'élévation de température, comme dans la pneumonie. La fièvre ne survient que plus tardivement et par suite de complication, c'est-à-dire d'une infection secondaire de l'infarctus. Les troubles cardiaques sont moins intenses et l'équilibre circulatoire, plus ou moins troublé au début se rétablit assez rapidement ; d'ailleurs la

Digitized by Google

dyspnée elle-même, peut s'apaiser assez vite. Le point de côté est au contraire tenace et devient bientôt avec la toux le symptôme prédominant. Celle-ci est fréquente, douloureuse et suivie du rejet de crachats, qui, nettement sanglants ou sanguinolents au début, prennent les jours suivants une teinte noirâtre ou ocreuse. Cette expectoration est très caractéristique par sa coloration, son odeur alliacée, qu'elle communique quelquefois à l'haleine et aussi par sa durée qui peut atteindre plusieurs semaines ; elle peut suffire à déceler une apoplexie pulmonaire.

L'examen du thorax a dans cette forme une importance bien plus grande que dans la grosse embolie, les lésions ayant le temps d'évoluer; on peut constater l'existence d'un ou plusieurs infarctus. On les rencontrera surtout dans le poumon droit, à la base et vers des régions sous-pleurales. Ces foyers ne se traduisent parfois que par une diminution de sonorité et surtout des bouffées de râles sous-crépitants fins ou moyens. Mais, si le foyer est assez volumineux et superficiellement placé, on pourra constater de la submatité ou même une matité absolue, une suppression du murmure vésiculaire et un souffle plus ou moins intense, surajouté aux râles sous-crépitants. Les vibrations vocales peuvent être augmentées. Il n'est pas rare enfin qu'il se développe aussi de la pleurésie sèche de voisinage, donnant lieu à des frottements parfois difficiles à distinguer au milieu des bouffées de râles.

Nous avons insisté sur la brusquerie de début des symptômes de l'embolie, c'est en effet un caractère primordial de cet accident, mais cette soudaineté n'exclut pas l'existence de signes précurseurs. Les modifications du pouls peuvent avoir une valeur révélatrice de l'imminence de l'embolie. Gessner insiste sur sa fréquence inexpliquée et Martin sur sa mollesse. Plus importants encore sont les petits accès passagers d'oppression avec point de côté qui durent quelques heures seulement, sans élévation notable de température et se calment spontanément. Ces petits accidents ne sont pas rares, en particulier chez les accouchées, ils ne peuvent être expliqués que par de petites embolies parcellaires d'origine utérine, qui, très souvent, précèdent et annoncent les véritables embolies. Par cela même ils ont une grande importance clinique et peuvent servir à prévoir et à éviter, par une immobilité rigoureuse, les graves accidents que nous avons passés en revue. De Brun insiste à juste titre sur ce caractère propre aux embolies, de procéder par poussées successives, il pense même que les embolies uniques sont une rareté, en dehors des cas dans lesquels la première migration de caillot aboutit en quelques instants à la mort.

Toutes les phlébites n'exposent pas également à l'embolie et il est instructif de rechercher dans quelles maladies cet accident sera le plus à redouter. La phlébite puerpérale tient à ce point de vue la première place. Les accidents pulmonaires peuvent se voir dans le cours de la grossesse. Sur 26 cas d'embolies survenues sur des femmes enceintes ou accouchées, Luzzato en compte 4 ayant apparu pendant la grossesse; mais cette proportion nous semble exagérée par le hasard de la statistique et le fait peut être considéré comme assez rare. Parfois, l'embolie suit de très près l'accouchement, mais c'est dans les 2e et 3e semaines qu'elle acquiert son maximum de fréquence, d'autant plus que cette période coïncide le plus souvent avec le lever des accouchées. Après la 5e semaine, cet accident est exceptionnel.

Les phlébites des veines variqueuses de la jambe et même de la saphène ne jouent qu'un rôle secondaire dans la production et le point de départ du caillot est le plus souvent dans les veines du bassin et les sinus utérins (26 cas sur 35, Sperling). Ce sont ces thromboses utérines qui expliquent les faits publiés par Pinard, Ribemont, Lepage et d'autres auteurs, de phlegmatia à début pulmonaire. Dans un cas de Rendu la phlébite de la fémorale ne se révéla que 5 jours après la production d'une embolie pulmonaire. Bouilly vit aussi chez une accouchée des embolies se produire 15 jours, puis 25 jours après la délivrance et la phlébite ne se montrer que le 33e jour, alors que l'état général s'était beaucoup amélioré.

Bien plus, la phlegmatia des membres peut manquer totalement et la phlébite utérine être la seule cause de l'embolie. D'après Balzer, l'endométrite septique par le ramollissement rapide du caillot rendrait fréquents les accidents pulmonaires.

Dans les phlébites des maladies infectieuses aiguës, les embolies ne sont pas rares. On connaît surtout celles qui surviennent dans la fièvre typhoïde. Griesinger dit en avoir constaté beaucoup d'exemples dans le cours de la 4e ou 5e semaine de cette maladie et à la suite de thromboses des veines de la cuisse et des sinus crâniens. Virchow en a rapporté aussi plusieurs cas dans ses études sur la thrombose. On peut citer comme exemple le fait typique suivant dû à Nauverck : au 20e jour d'une fièvre continue, une femme fait un foyer d'apoplexie pulmonaire avec pleurésie de voisinage, puis le 32e jour elle est emportée par une grande embolie. Marvaut se demande si bon nombre de cas de mort subite dans la fièvre typhoïde ne pourraient pas s'expliquer par des embolies pulmonaires ou cardiaques.

Mentionnons simplement les embolies signalées, exceptionnellement d'ailleurs, dans la grippe, le rhumatisme articulaire aigu, la variole, le choléra

Digitized by Google

(Besnier), l'érysipèle, la diphtérie, la septicémie du nouveau-né (phlébite ombilicale) et le choléra infantile.

Dans les maladies chroniques, cet accident est plus rare; d'après Lancereaux le caillot, formé plus lentement, contracterait des adhérences plus intimes avant l'oblitération vasculaire. De fait, l'embolie est rare dans la phlébite des tuberculeux et exceptionnelle dans celle des cancéreux (Vaquez).

Cependant, la chlorose fait exception et lorsqu'elle se complique de thrombose, la fragmentation du caillot n'est pas rare; Rendu, Labat ont cité chacun un cas terminé par la guérison, Laurencin un cas de mort. Une malade de Weiss fit un foyer apoplectique le 7e jour de sa phlébite et une embolie rapidement mortelle le 17e jour.

Parmi les phlébites goutteuses il y a lieu de distinguer des formes multiples. Certaines inflammations veineuses sont légères, passent rapidement d'un point à un autre (Rendu), ou rétrocèdent brusquement à l'apparition d'une crise articulaire (Legendre). Dans ces cas il semble que la périphlébite soit seule en cause et qu'il n'y ait pas de coagulation (Vaquez). L'embolie n'est donc pas à craindre; mais on peut observer aussi des phlébites graves, oblitérantes, capables d'amener des accidents pulmonaires (Para, Viccaji). Vaquez pense *même* que certains accidents considérés comme de la goutte retrocédée, pourraient être produits par des embolies.

La même distinction est applicable à la phlébite rhumatismale, souvent passagère et bénigne (Sevestre), mais parfois aussi oblitérante, Virchow a rapporté un cas d'embolie chez une malade qui avait eu des localisations rhumatismales multiples, articulaires et péricardiques.

Les embolies à la suite de traumatisme se voient surtout dans les cas de fractures et en particulier de fractures portant sur le membre inférieur (sur 30 embolies traumatiques 16 cas à la suite de fractures dont 11 fractures de jambe — d'après Balzer). P. Bruns a réuni 35 cas d'embolies survenues du 4e au 72e jour de la fracture, mais l'époque la plus ordinaire paraît commandée par le moment des premiers mouvements de mobilisation. Avant d'entreprendre ceux-ci il faut d'autant plus se méfier que le gonflement traumatique a pu masquer les signes de la thrombose.

L'embolie est assez fréquente dans les coagulations résultant de tumeurs utérines ou ovariques, opérées ou non. Duguet, à lui seul, en a publié 3 cas (4e j.—7e j. de la phlébite). Bien que les accidents pulmonaires soient rares dans les phlébites variqueuses, eu égard à la fréquence de cette dernière lésion, il faut néanmoins s'en défier car Velpeau, Briquet, d'autres auteurs en ont rapporté des cas. L'observation de Thirial, publiée par Trousseau, et souvent reproduite comme exemple d'embolies multiples, de gravité croissante, semble être un cas de phlébite variqueuse.

Parmi les autres phlébites chirurgicales nous citerons seulement celle de la face (Heydenreich), de la jugulaire, à la suite des thromboses des sinus, dans les otites suppurées et des caries du rocher, les phlébites hémorrhoïdales, celles des sinus prostatiques dans la blennorrhagie (Brouardel).

Abstraction faite de la cause de la phlébite, son siège a-t-il de l'importance, comme circonstance favorisant l'embolie? De Brun croit que cet accident sera surtout fréquent lorsque la coagulation siègera dans une région soumise aux mouvements et estime par exemple qu'une phlébite remontant à la veine iliaque est moins dangereuse qu'une autre limitée à la fémorale. Cette considération est peut-être trop théorique, puisque, sur 35 embolies puerpérales, Sperling compte 26 cas dans lesquels le caillot s'est détaché d'une veine du bassin. D'autre part, d'après Vaquez, les embolies ne sont pas rares dans les phlébites des sinus. Ball en citait déjà 2 exemples. On pourrait encore citer, d'après Virchow, une phlébite de la veine sacrée moyenne, veine cependant bien protégée, qui fut l'origine d'une embolie, chez un typhique avec eschare sacrée. Nous croyons que l'on doit considérer comme exposant davantage aux embolies, les phlébites des veines crurales et des veines du bassin, en particulier des sinus utérins.

La migration du caillot paraît souvent déterminée par une cause occasionnelle, telle qu'un mouvement brusque, surtout la flexion de la hanche dans les phlébites du membre inférieur. Un malade de Trousseau, se dressant sur son séant pour prendre un oreiller, qu'il avait coutume de placer sous sa tête, fut pris d'une embolie. De même la flexion du genou pour monter au lit, les efforts, tels que ceux de la défécation, peuvent être dangereux. Le changement de lit, opéré peut-être un peu brusquement par un infirmier, dans le cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde, fut suivi, au bout de deux heures, d'un violent frisson et d'une dyspnée extrême qui aboutit rapidement à la mort (Virchow). Le massage semble pouvoir être incriminé à la suite des fractures. Une embolie mortelle survint après quelques séances de massage, commencées au 45e jour d'une fracture du col avec phlébite chez un malade de Dupont. Cerné perdit un malade le lendemain d'une séance de massages faits tardivement à la suite d'une fracture de la rotule, compliquée également de phlébite. Des applications de forceps, les manœuvres nécessitées pour une inser-

Digitized by Google

tion placentaire vicieuse ont pu, d'après Balzer, être suivies d'embolie. Le simple toucher vaginal, fait peut-être sans précautions suffisantes, chez une jeune femme soignée dans le service de Trousseau pour une phlegmasie périutérine, fut aussi suivi d'accidents mortels.

Cependant parfois l'embolie ne suit pas assez rapidement l'ébranlement imprimé au caillot, pour que le rôle de ce mouvement soit hors de doute. D'autant plus que, dans d'autres, cas on ne peut relever aucune imprudence.

La gravité de l'embolie pulmonaire dépend surtout des dimensions du caillot migrateur, sans que l'on puisse toutefois établir une relation absolue entre les deux éléments. Les divers cas ne sont donc nullement comparables, aussi ne pouvons-nous que citer, à titre d'indication, quelques chiffres : Hennig sur 33 cas d'embolie dans la puerpéralité relève 9 guérisons. Sperling 7 sur 34. P. Bruns compte 5 guérisons sur 35 cas d'embolie à la suite de fractures.

Nous avons déjà dit que la mort est presque constante dans les grosses embolies. Tantôt elle se produit instantanément par syncope, tantôt très rapidement par asphyxie. Lorsque le péril immédiat a pu être conjuré, le malade reste exposé à un nouvel accident qui, quelques heures ou quelques jours plus tard, pourra lui porter le dernier coup. Cette marche par paroxysmes successifs de gravité croissante, n'est pas rare dans la phlébite. Dans l'observation de Thirial à laquelle nous avons déjà fait allusion on vit successivement se produire toutes les formes d'accidents, d'abord de petites crises passagères de dyspnée, puis de grands accès de suffocation extrêmement menaçants, enfin brusquement une syncope mortelle.

Même lorsque le malade a la chance de ne pas avoir de nouvelles embolies, le foyer d'apoplexie pulmonaire, formé au début des accidents, comporte avec lui des dangers graves. Sans doute, il peut évoluer vers la réparation avec amélioration franche de l'état général et disparition progressive des signes physiques. Mais parfois aussi des complications apparaissent, soit que le caillot ait apporté avec lui des germes septiques, soit qu'une infection secondaire ait envahi le foyer. Alors, vers le 6e ou 9e jour, la fièvre se montre, l'expectoration devient puriforme, ou couleur jus de pruneaux et un foyer de suppuration s'établit. Dans d'autres cas, c'est un foyer gangrèneux qui se forme. Sur 38 gangrènes pulmonaires Coupland en compte 3 relevant d'embolie. Le sphacèle peut être très rapide, puisque Trousseau a vu les crachats prendre une odeur caractéristique dès le 4e jour. Le foyer de suppuration ou de gangrène, une fois formé, peut s'ouvrir dans la plèvre, c'est ce que constata Fernet chez un de ses malades. La localisation pulmonaire avait débuté par un infarctus accompagné d'épanchement séreux aseptique dans la plèvre ; puis le 12e jour, une oppression terrible se produisit et on reconnut un pneumothorax avec épanchement purulent à pneumocoques.

Le traitement curatif de l'embolie pulmonaire est purement symptomatique. Nous mentionnerons seulement un succès obtenu par Œder au moyen des injections d'huile camphrée, répétées de 5 minutes en 5 minutes jusqu'à administration d'une dose totale de 2 gr. 40 de camphre en une heure. Seul le traitement prophylactique peut être vraiment efficace. Dans un cas de phlébite variqueuse, ayant déterminé une série de petites crises d'embolie, Isch-Wall n'hésita pas à réséquer le paquet variqueux et obtint une guérison. De même, on a publié dans ces dernières années plusieurs cas d'extirpation de phlébites suppurées du cordon.

Mais il est rare que la veine malade puisse être atteinte par le chirurgien et l'on est le plus souvent réduit à la prophylaxie médicale, qui ne comporte guère que l'immobilisation.

Chaque fois que l'on se trouvera en présence d'un des états pathologiques que nous avons rappelés, suites de couches, tumeurs pelviennes, opérations abdominales, convalescence de fièvre grave et enfin fracture, on devra, avant d'autoriser le malade à se lever, avant de mobiliser les articulations, ou de pratiquer des massages, s'assurer par une exploration méthodique du système veineux qu'il n'existe aucun signe de coagulation profonde.

Lorsqu'une phlébite sera reconnue, on devra la traiter par une immobilisation suffisante. Mais la détermination du délai nécessaire pour éviter les complications emboliques dans les phlébites, nécessite une étude approfondie et nous l'aborderons dans un prochain travail.

Formulaire du Praticien

Formules et doses des principales préparations mercurielles employées en injections sous-cutanées

Nous croyons utile de rappeler dans une vue d'ensemble les formules mercurielles couramment employées, nous aidant en cela de la thèse de Guibert *(Traitement de la syphilis tertiaire par les injections d'huile biiodurée* Paris 1899.)

1° Calomel. — Recommandé par Scarenzio, Smirnoff, Neisser. Balzer, Guelpa. Voici la formule courante de Balzer :

Calomel.....	1 gr. 50
Huile de vaseline.....	15 grammes

Faire une injection de 0 gr. 10 de calomel, par conséquent une seringue de Pravaz tous les 10 jours.

Digitized by Google

2° Oxyde jaune. — Recommandé d'abord par Watraszewski sous la formule suivante :

Oxyde jaune	1 gramme
Gomme arabique	0 gr. 25
Eau distillée	30 grammes

A injecter tous les 8 jours.

Rosenthal employa la formule suivante :

Oxyde jaune	0 gr. 50
Huile d'olives	15 grammes

On s'en tient maintenant à la formule suivante de Balzer :

Oxyde jaune d'hydrargyre	1 gr. 50
Huile de vaseline	15 grammes

Injecter 0 gr. 05 tous les 8 jours.

Huile grise. — Préconisée d'abord par Luton. Lang formule ainsi :

Mercure }	àà 3 parties
Lanoline }	
Huile d'olives	4

A injecter tous les jours 1 dixième ou 1 dixième 1/2 de centimètre cube.

Neisser modifia ainsi cette formule :

Mercure purifié	20 grammes
Teinture éthérée de benjoin	5 —
Vaseline	40 —

qui a été acceptée par M. Balzer. On injecte tous les 5 jours la dose de 5, 6 ou 10 centigr. de mercure, c'est-à-dire de *1 à 3 dixièmes* (maxima) de seringue.

Salicylate de mercure. — Préconisé par Aranjo. Szadeck formule ainsi :

Salicylate de Hg	0 gr. 20
Mucilage de gomme arabique.	0 gr. 30
Eau	60 grammes

Cette préparation a été abandonnée, puis M. Hallopeau l'a remise en honneur sous la forme suivante :

Salicylate de mercure	4 grammes
Huile de vaseline stérilisée	30 —

Deux injections par semaine de 0 gr. 06 à 0 gr. 12. Cette médication n'est cependant guère employée.

Sublimé. — Préconisé par Barkeley-Hill, Hebra et Hunter. Voici la formule de Liégeois :

Sublimé	0 gr. 20
Chlorhydrate de morphine	0 — 10
Eau distillée	90 grammes

qui fut plus tard abandonnée. Depuis, on s'est arrêté à la formule suivante :

Bichlorure d'hydrargyre	0 gr. 10
Nacl. chimiquement pur	0 — 05
Eau distillée bouillie	10 grammes

On injecte 1 centimètre cube de la solution tous les jours ou tous les 2 jours.

Albuminates de mercure. — Employés par Staub, Bamberger, Terrillon. Martineau préconise le modus faciendi suivant :

Peptone en poudre de Catillon }	àà 9 grammes
Chlorure d'ammonium }	
Sublimé corrosif	6 —

Dissoudre cette peptone mercurique dans

Glycérine pure	72 grammes
Eau distillée	24 —

Cinq grammes de cette solution normale filtrée contiennent 0 gr. 25 de sublimé qui, étendu de 25 grammes d'eau distillée, donnent une solution renfermant par seringue de 1 gr. 20, 10 milligr. de sublimé.

Cyanure de mercure. — Introduit dans la thérapeutique par Cullingworth. On formule ainsi :

Cyanure d'hydrargyre }	àà 0 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne }	
Eau distillée	50 grammes

Injecter une seringue de Pravaz tous les 2 jours, et s'arrêter à la dixième injection.

Benzoate de mercure. — Préconisé par Stoukowenkof.

Benzoate de mercure	0 gr. 25
Nacl chimiquement pur }	àà 0 — 06
Chlorhydrate de cocaïne }	
Eau distillée bouillie	30 grammes

Faire une injection de 1 centimètre cube.

Bretonneau préfère la préparation suivante :

Benzoate de mercure	0 gr. 30
— d'ammoniaque	1 — 50
Eau distillée	30 grammes

Injecter 2 centimètres cubes de cette solution par jour. — S. R.

Le crésoforme en thérapeutique. — Le crésoforme est le résultat de la combinaison de l'aldehyde formique et de la créosote de goudron de hêtre ; c'est une poudre sans saveur, sans odeur et non toxique. Il a pour composition :

Aldéhyde formique	4 0/0
Créosote	96 0/0

Cette poudre verdâtre qui, laissée à l'air, dans un endroit chaud, dégage une très légère odeur de créosote, est insoluble dans l'eau, soluble seulement à chaud dans l'alcool ou le chloroforme. Sous forme de poudre, le crésoforme n'empêche pas le développement du coli-bacille et du staphylocoque aureus, il ne fait que retarder. Toutefois, en milieu alcalin, 4 à 5 gr. de soude pour une solution au 1/100, il devient microbicide.

Jamais jusqu'ici, d'après le Dr Petit *(Th. Paris, 1899)* à qui nous empruntons ces renseignements, on n'a pas observé de phénomènes d'intoxication. Le crésoforme s'élimine par les reins. Le Dr Petit vante son emploi en chirurgie comme succédané de l'iodoforme, pour saupoudrer les plaies infectées et anfractueuses, les abcès froids, les ulcères variqueux ; en somme, il peut être utilisé dans les mêmes conditions que la poudre d'iodoforme

Si l'on observait des signes d'intolérance, ce seraient ceux de la créosote, car le crésoforme se décompose dans l'organisme en ses deux parties constituantes. — S. R.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Liniment excitant (Dr Huchard) :

Menthol	0 gr. 50
Thymol	0 — 50
Essence de térébenthine	30 grammes
Alcoolat de lavande	60 —
— genièvre	120 —

Poudre laxative antiseptique (Dr Huchard) :

Rhubarbe de Chine pulvérisée	0 gr. 50
Soufre sublimé et lavé	0 — 50

Pour un cachet. — Un à deux par jour.

Pilules de créosote (Girard) :

Créosote pure de hêtre	5 grammes
Glycérine	1 —
Poudre de suc de réglisse	5 —
— de réglisse	9 —

En 100 pilules. — 5 à 10 par jour.

Solution de formol pour stérilisation des instruments et lavage des plaies :

Formol du commerce (aldeh. formique à 40 0/0	1 gramme
Eau distillée	200 —

Lavement au chloral :

Chloral	3 grammes
Lait	250 —
Jaune d'œuf n° 1.	

Formule générale pouvant servir d'excipient dans les masses pilulaires contenant des sels réductibles par les matières organiques :

Kaolin	2 grammes
Sulfate de soude déshydraté	1 —
Eau	1 —

Pilules d'azotate d'argent :

Azotate d'argent	0 gr. 10
Sulfate de soude déshydraté	0 — 50
Kaolin	1 gramme
Eau distillée	X gouttes

En 20 pilules. — Chaque pilule contient cinq milligrammes d'azotate d'argent.

Pilules tœnifuges :

Extrait ethéré de fougère mâle	2 gr. 50
Calomel à la vapeur	1 — 50
Poudre de fougère mâle	Q. S.

En 3 pilules. — 1 par jour.

Gargarisme :

Menthophénol	XV gouttes
Eau	200 grammes

Le menthophénol s'obtient en fondant ensemble :

Phénol	1 partie
Menthol	3 parties

(Pharmac. Reformer). — A. C.

OTOLOGIE

De l'othématome. — Comme l'indique l'étymologie, l'othématome est une tumeur sanguine développée dans l'épaisseur du pavillon de l'oreille.

Observée assez fréquemment dans les asiles d'aliénés, elle n'est point inconnue, quoique rare, dans les consultations hospitalières, consacrées aux maladies de l'oreille. Pour notre part, nous en avons rencontré deux cas chez des hommes jeunes : le premier était un acrobate dont le rôle consistait à recevoir sur ses épaules, un camarade qui, après le saut périlleux, devait retomber debout sur les épaules de celui-ci ; de quelque habileté que fît preuve le sauteur, il n'était pas sans frôler parfois rudement les oreilles de son partenaire ; ce dernier présenta, un beau jour, un hématome à chaque oreille.

Le second cas concerne un jeune homme qui reçut sur l'oreille droite une pièce d'étoffe lancée par un camarade ; il est difficile d'admettre, comme dans le premier cas, une altération préalable du cartilage résultant de froissements répétés.

Quoi qu'on ait dit, il est indéniable qu'il existe des cas d'othématome d'origine purement traumatique ; tous les auristes ont pu en observer. Cette affection est relativement fréquente chez les aliénés et particulièrement dans la paralysie générale ; sur 19 cas d'othématome, Mabille en releva 10 dans la paralysie générale, 4 dans l'épilepsie, 2 dans la démence simple et la lypémanie et 1 dans la manie ; Kuhn en trouve 17 cas dans la paralysie générale sur 62 malades atteints d'othématome

La prédominance de cette maladie chez les aliénés peut s'expliquer par la fréquence des traumatismes que subissent les oreilles et aussi par les troubles trophiques ou vasculaires dont ces organes sont le siège dans les maladies cérébrales. Brown-Séquard a montré, en effet, la corrélation qui existe entre les lésions des corps rectiformes et les épanchements sanguins du pavillon ; Mathias Duval, Laborde et Gellé ont vu des hémorrhagies survenir dans les oreilles externe, moyenne et interne après la section de la partie inférieure du plancher du 4e ventricule.

Le siège de l'hémorrhagie du pavillon a été discuté ; pour Feltz et Mabille le sang s'épancherait entre le tissu cellulaire de la peau et le cartilage à la suite de la rupture d'une artériole ; pour Foville, l'épanchement se produirait entre le périchondre et le cartilage. Virchow pense que le cartilage de l'oreille a subi des altérations préalables et que c'est grâce à ce ramollissement que le périchondre peut se détacher entraînant avec lui des lames de cartilage comme une lame d'ardoise qui se séparerait par clivage du reste de la masse.

Digitized by Google

Cette altération des cartilages de l'oreille, déjà étudiée par Meyer, Parreidt, Pollak et qui explique la formation des kystes de cette région est aussi pour Robertson la cause déterminante de l'othématome.

Pour ce dernier, les vacuoles du cartilage ne soutenant plus les vaisseaux dont les parois sont très peu résistantes, le sang s'extravaserait entre les lames du cartilage auriculaire.

Nous ne discuterons pas ces diverses théories, qui sont largement exposées dans l'intéressante thèse de M. G. de Clérambault, sur ce sujet.

L'othématome se présente sous la forme d'une tumeur hémisphérique, plus ou moins volumineuse, siégeant, en général, au-dessus de la conque, au niveau de la fossette scaphoïde ou de l'anthelix. Quand elle est récente, elle est dépressible à la pression, peu ou pas douloureuse, sauf quand il y a complication inflammatoire.

La rapidité de sa formation permet de la distinguer facilement de l'angiôme ou d'un néoplasme du pavillon qui siègerait sur la face externe de cet organe. Quant au kyste, dont nous n'avons pas encore rencontré d'exemple, on le distinguerait aisément de l'othématome *en examinant l'oreille par transparence*, comme on fait pour l'hydrocèle; les épanchements sanguins que nous avons examinés étaient entièrement opaques, tandis qu'il y aurait eu transparence si le liquide avait été citrin comme le contenu d'un kyste.

L'othématome peut guérir spontanément par résorption quand il est peu volumineux, mais le plus souvent il y a lieu d'intervenir.

Si la poche sanguine est volumineuse, il faut l'ouvrir largement, enlever les caillots qu'elle contient et après nettoyage, suturer en laissant un drain dans la partie déclive; au lieu de drain, on a aussi conseillé de bourrer la poche de gaze iodoformée.

L'aspiration du sang ne peut donner grand résultat, car il se coagule rapidement quand il est extravasé; on peut néanmoins essayer si le cas est récent, en prenant les plus grandes précautions d'antisepsie, car cette petite intervention peut provoquer la suppuration de la poche si elle est n'est pas faite avec tous les soins nécessaires; la poche sanguine évacuée, on pratiquera la compression de l'oreille.

Que la guérison soit spontanée ou consécutive à l'intervention, la déformation du pavillon est presque la règle; l'oreille se recroqueville plus ou moins, comme certaines feuilles d'arbres fruitiers; cette déformation n'est pas le propre de l'othématome, car on l'observe aussi dans la périchondrite. Cela tient, selon nous, à ce fait que les fibres élastiques contenues dans la peau et le cartilage se rétracteraient quand le plan résistant qui les maintient allongées vient à faiblir, comme ferait un fil de caoutchouc fortement tendu le long d'une règle, se rétracterait si on venait casser la règle en son milieu.

Pour obtenir le minimum de déformation, il faut donc maintenir le cartilage étalé par une compression assez énergique. Celle-ci ne peut être bien faite avec l'ouate seule, qui n'est pas assez résistante; dans les deux cas que nous avons soignés, nous avons employé un large bouchon, maintenu par un bandeau, plus ou moins serré au gré du patient et le résultat, au point de vue esthétique, a été des plus satisfaisants.—A. Courtade. *Ancien Assistant d'oto-laryngologie.*

MÉDECINE

La cholécystite calculeuse. — Le diagnostic de lithiase vésiculaire avec cholécystite est souvent, en clinique, hérissé de difficultés. D'après M. la Dr Guillemin (*Thèse Paris* 1899) on peut étudier sept variétés de cholécystite calculeuse. La première variété de cholécystite calculeuse à forme latente est tellement connue des médecins que nous n'insisterons pas. En ce qui concerne la forme commune (2e variété), Guillemin nous énumère les symptômes connus; cependant, il insiste sur la valeur clinique de la peptonurie, signalée par Bouchard, Alison et qu'il trouva cinq fois sur cinq. La recherche de la tyrosine, d'après Jeannel, peut également être un bon élément de diagnostic. Deux signes, d'après Guillemin, ont une grande valeur, la douleur à la pression au niveau de la vésicule biliaire et la sensation de ballottement fournie de l'hydropisie de la vésicule biliaire. Le 3e groupe est formé par les *cholécystites typhoïdes* qui, le plus souvent, ne sont pas calculeuses. Ces cholécystites ont été signalées chez les enfants par Husson, Archambault, Fauratier. Hagenmuller, sur 18 observations de cholécystites typhoïdes, avec 14 morts, trouve, une seule fois, une vésicule contenant des calculs. Gilbert et Girode ont observé de la suppuration de la vésicule biliaire, due au bacille d'Eberth; de même Chiari. Hanot a observé également trois cas de lithiase typhoïdique. Carnot, Ramond et Faitout ont également publié des observations intéressantes à ce sujet. Mais, en résumé, si les cas de cholécystite typhoïde simple sont assez fréquents, les cas de cholécystite typhoïde calculeuse sont rares; celle-ci peut apparaître au cours, pendant la convalescence et consécutivement à la dothiénentérie. Toutefois, il n'est pas impossible que l'infection typhoïde ait son foyer primitif dans la vésicule biliaire, ainsi qu'il semble résulter d'une observation de R. T. Morris.

Le quatrième groupe de Guillemin comprend les *cholécystites calculeuses avec angiocholite*. L'angiocholite et l'hépatite suppurées sont plus fréquentes dans les cas de calculs du tractus hépatico-cholédoque. La suppuration d'origine calculeuse peut ne se révéler par aucun signe appréciable, mais, le plus souvent, il y a de la fièvre, qui peut revêtir trois types : 1° la fièvre hépatalgique de Charcot, qui accompagne le crise de colique hépatique; 2° la fièvre intermittente hépatique de Monneret et Charcot ou fièvre bilio-septique de Chauffard; 3° le troisième type affecte la

Digitized by Google

forme de fièvre intermittente, quelquefois la forme continue. Souvent, il y a de l'ictère et la vésicule biliaire est distendue, partant, perceptible à la palpation.

Le cinquième groupe comprend l'*ictère inflammatoire* d'origine calculeuse qui, d'après Riedel, se montre dans 10 p. 100 des cas. « Cet ictère, dit-il, s'explique par la propagation du processus inflammatoire de la vésicule par la cystique jusqu'au foie. L'ictère, ayant son point de départ dans une vésicule enflammée, est le plus souvent moins intense que l'ictère purement lithogène, Mais, le plus souvent, il ne dure que quelques jours. Cependant, dans certains cas, il peut être très prononcé et durer des mois entiers, et quand il y a eu oblitération du cystique, il peut même revêtir la forme d'ictère intense. Le contenu de la vésicule est le plus souvent normal. » Petersen insiste beaucoup aussi sur la différence entre l'ictère inflammatoire et l'ictère lithogène. Dans 118 observations de calculs biliaires, dit-il, nous n'avons jamais rencontré l'ictère que dans 61 cas, l'ictère manquant dans les 57 autres, et parmi les 118 cas, il y eut 29 fois ictère inflammatoire, et, parmi ces cas, 7 fois il fut intense.

Dans un 6e groupe de faits, l'inflammation de la vésicule simule une affection aiguë, la maladie revêt le masque d'une péritonite ou d'une appendicite. M. Gérard-Marchand a rapporté un très beau cas de cholécystite suraiguë simulant la péritonite, Guillemin en rapporte un qui fut pris pour une appendicite.

Le dernier groupe comprend les faits où l'inflammation développée autour d'une vésicule calculeuse, peut se propager à l'épiploon adhérent et déterminer la production de véritables tumeurs d'épiploïte chronique qui occupent une bonne partie de l'addomen.

Les symptômes sont souvent réduits à peu de signes : douleurs abdominales avec vomissements simulant plus ou moins une péritonite, douleurs au niveau de l'hypochondre droit. On trouve alors une tumeur mobile et très mal limitée, à contours indécis, pouvant parfois donner lieu à un phlegmon de la peau, lequel a donné lieu à une fistule par laquelle on a vu s'évacuer des calculs biliaires (Deschamps).

Le diagnostic est très important à préciser : et les deux erreurs les plus communes, en présence d'une distension de la vésicule biliaire, sont de le prendre pour un rein flottant ou pour une tumeur du pylore.

Le signe le plus important pour la différencier du premier est la sensation de ballottement, le ballottement rénal a son maximum quand on le provoque par une pression exercée dans le triangle costo-vertébral, le second quand on exerce la pression dans l'espace costo-iliaque. L'insufflation de l'estomac, dans d'autres cas, fournira d'excellents moyens de diagnostic ; s'il s'agit d'une tumeur du pylore, elle se porte en haut et à droite.

Enfin, on pourra utiliser la phonendoscopie et les rayons X. — S. R.

Gastrorrhée et gastro-entérostomie. — Le docteur Stoltz a observé un malade de 56 ans, atteint d'obstruction pylorique cancéreuse, de dilatation d'estomac secondaire et de gastrorrhée ; non seulement il présentait le phénomène bien connu de vomir des quantités plus grandes que celles des aliments et des liquides ingérés, mais après un lavage fait le soir, on retrouvait le lendemain matin dans son estomac à jeun jusqu'à 300 grammes de liquide. Ce liquide était fort peu acide, et encore l'acidité était-elle due aux acides organiques, surtout lactique. La quantité d'HCl oscillait entre 12 et 24 ; après les repas, l'acidité totale variait entre 64 et 88, le chlore total entre 94 et 126, et l'HCl entre 5 et 24 : comme on le voit, ces chiffres étaient au-dessous de la moitié des valeurs normales. *(Zeitschrift f. klin. Med.)*.

Le malade fut envoyé en chirurgie et subit une gastro-entérostomie, dont il guérit en trois semaines. Après son retour dans le service de médecine on ne trouva plus guère que 100 grammes de liquide dans son estomac à jeun, quantité qui tomba rapidement à 40, à 35 grammes, et à zéro au bout d'un mois. Le liquide sécrété resta faiblement acide : acidité totale 19, chlore total 74, chlorures fixes 60, HCl 14, acides organiques 5. L'opération avait donc supprimé la stase gastrique, et par l'amélioration de la motricité, la gastrorrhée consécutive, mais elle n'avait pas influencé le chimisme stomacal qui conserva son type hypochlorhydrique propre au cancer. Dans les cas de résection du pylore avec ablation du néoplasme, l'HCl reparaît ou augmente de quantité comme l'ont vu Bourget, Rosenheim.

Néanmoins cette observation nous engagerait à faire exécuter la gastro-entérostomie dans les dilatations stomacales et dans les gastrorrhées dues à la sténose du pylore, si notre maître M. Hayem ne nous avait pas enseigné déjà depuis longtemps de procéder ainsi. Il est regrettable que son nom n'ait même pas été cité dans le travail de M. Stoltz, élève du prof. Naunyn. — Bd.

Lithiase biliaire d'origine éberthienne. — L'origine infectieuse de la lithiase biliaire n'est plus discutée depuis les travaux de Gilbert et Girode (1890), de Dupré *(Th. de Paris*, 1891). La fièvre typhoïde en particulier figure souvent comme cause pathogénique : il peut s'écouler un temps fort long entre cette pyrexie et la manifestation clinique de la présence des calculs. Dungern (*Münch. med. Wochenschrift*, 1896) a trouvé le bacille cinq ans, et Buschke *(Deutsche Chirurgie*, 1897) sept ans après le décours de la maladie à l'intérieur des calculs. Mais aucun auteur n'a encore signalé une durée de 17 ans comme M. Droba a pu l'observer à la clinique chirurgicale de Cracovie *(Wiener klin. Wochenschrift)*.

Une femme de 53 ans, sans tare héréditaire, a eu une fièvre typhoïde il y a 17 ans ; il y a 7 ans elle fut prise d'une première crise de coliques hépatiques qui dura

Digitized by Google

4 heures, s'accompagna de maux de tête, de vomissements, mais pas d'ictère. Ce ne fut qu'en novembre 1898 qu'elle eut une seconde attaque suivie de diarrhée, de météorisme, de nausées et de céphalée pendant une semaine, après quoi, elle fut prise tous les jours outous les deux jours vers le soir d'une douleur sourde dans l'hypochondre droit. Cela dura jusqu'en décembre, où il survint une violente colique hépatique. En mars 1899, au cours d'une attaque semblable, on constata une grosseur sous son foie au niveau de la vésicule, et comme les coliques succédaient aux coliques, et comme la tumeur augmentait surtout au moment des attaques, la malade se fit opérer le 27 mai 1899. La grosseur était formée par la vésicule biliaire adhérente au pylore, au colon transverse et à l'épiploon. On réussit à l'enlever avec un morceau de foie dégénéré. Malgré les difficultés opératoires et le drainage, la guérison fut complète le 10 juin.

L'examen de la vésicule entrepris avec toutes les précautions d'asepsie, révéla une paroi épaisse, fibreuse ; l'intérieur de la poche était divisé en trois cavités : la première vers le conduit cholédoque était remplie et complètement bouchée par un calcul de la dimension d'une prune; la seconde avait la taille d'une noix et contenait un liquide séreux, légèrement louche ; la troisième vers la base abritait deux calculs, l'un aplati contre l'autre. Or le liquide, ainsi que les parties centrales des calculs fournirent des cultures bien caractérisées de bacilles d'Eberth, qui donnèrent un résultat positif avec la réaction agglutinante de Widal.

Cette observation prouve que les crises douloureuses ne sont pas toujours dues à une migration de calculs, trop exactement enchatonnés parfois pour pouvoir remuer. Elles sont alors sous la dépendance de poussées de cholécystite, démontrée dans le cas de Droba par les signes évidents d'inflammation chronique de la paroi vésiculaire. Cette pathogénie explique aussi l'absence constante de jaunisse, et vient à l'appui de la doctrine de Riedel (*Mittheilungen aus dem Grenzgeb. der Med. u. Chirurg.*, 1898, vol. II), d'après laquelle les coliques seraient dues à des inflammations de la vésicule et de sa séreuse. La présence des bacilles vivants dans l'exsudat explique suffisamment la fièvre, les frissons, les maux de tête. Elle démontre en outre combien un malade même guéri peut rester dangereux et contagieux pour son entourage. — Bo

---

Hémiplégie précoce dans la période secondaire de de la syphilis. — La connaissance de ces hémiplégies précoces remonte à Dupuytren, et, depuis cet auteur, de nombreux travaux ont été publiés à ce sujet se complétant les uns les autres. C'est donc un fait absolument connu que l'existence de ces hémiplégies précoces, mais quels sont les facteurs de cette précocité ? C'est ce que nous apprend le Dr Grorichard (*Th. Paris* 1899). Le plus souvent, la syphilis affecte le cerveau sans le secours d'aucune irritation locale, d'aucune provocation pouvant servir de cause occasionnelle. Cependant, ce sont surtout les malades qui, dans leurs antécédents héréditaires ou personnels, offrent une tare nerveuse, ce sont surtout ceux-là qui font une hémiplégie précoce. L'alcoolisme est également un facteur de premier ordre. Il faut également fortement incriminer l'insuffisance ou l'absence du traitement : Nombre d'hémiplégiques soi-disant traités dit M. Fournier, n'ont jamais été soumis, en réalité, qu'à des médications insuffisantes, faibles, timides, inertes, et beaucoup même n'ont eu qu'un simulacre de traitement.

Le surmenage cérébral joue un rôle indiscutable.

La cause directe de l'hémiplégie est soit une thrombose, soit une rupture d'une artère ou d'un anévrysme.

Ces accidents hémiplégiques précoces surviennent dans le plus grand nombre des cas au huitième mois de la syphilis ; ou bien l'hémiplégie est subite, ou bien elle est précédée de prodromes que M. Fournier range sous quatre chefs à savoir : La céphalée, les troubles congestifs, les troubles moteurs, les troubles sensoriels.

Les troubles congestifs consistent en vertiges, sentiment de lassitude, de faiblesse générale, somnolence, amnésies. Les troubles de la mobilité sont des faiblesses passagères, des troubles parétiques, des paralysies motrices de l'œil, de la paralysie faciale. Les troubles de la sensibilité sont des fourmillements, des sensations de froid, des engourdissements passagers. L'hémiplégie peut être apoplectique mortelle, ou être suivie de lésions incurables, ou être légère, guérissable, ce qui est le cas le plus fréquent. La première forme est très rare.

L'hémiplégie peut être progressive, s'établir et se confirmer d'une façon calme, sans apoplexie et sans ictus. Il n'est pas rare que l'hémiplégie fasse invasion pendant le sommeil, de sorte qu'à leur réveil seulement, les malades se trouvent paralysés.

Ces hémiplégies précoces sont presque toujours des hémiplégies incomplètes n'anéantissant pas les puissances motrices d'une façon absolue, ce sont des hémiplégies partielles et très inégales où la sensibilité est loin d'être affectée au même degré que le mouvement.

D'après M. Fournier, la sensibilité reste absolument indemne ; l'aphasie est fréquemment associée dans la syphilis cérébrale à l'hémiplégie droite.

La disparition s'effectue d'une façon progressive ; le pronostic doit toujours être réservé.

Le traitement spécifique s'impose. Rappelons à ce propos les formules d'injections mercurielles hypodermiques :

1) Mercure purifié..... 20 grammes
Teinture de benjoin..... 5 —
Huile de vaseline..... 40 —

Cette formule est connue sous le nom d'huile grise.

2) Bitodure de mercure..... 0 gr. 04
Huile stérilisée..... 10 grammes

Une seringue de Pravaz par jour.

3) Calomel à la vapeur..... 1 gr. 50
Huile de vaseline..... 15 grammes

Une injection tous les huit jours. S. R.

Digitized by Google

MÉDECINE INFANTILE

La maternisation du lait. — La maternisation du lait consiste à diminuer environ la moitié dans le lait de vache la proportion de caséine et de sels tout en conservant les proportions primitives de beurre et de lactose.

Deux solutions asses heureuses ont été données par Winter et Vigier en France et par Gœrtner en Allemagne.

Les premiers préparent le « lait humanisé » de la façon suivante :

Le lait de vache est partagé en deux parties égales : la première ne subit aucun traitement, la seconde est abandonnée au repos dans un lieu frais. Lorsque la crème s'est séparée, on l'enlève et on l ajoute à la première moitié du lait D'autre part, dans la partie ainsi écrémée on coagule la caséine avec la présure, et le sérum ainsi obtenu est ajouté à la première moitié du lait. Le lait humanisé ainsi préparé est ensuite stérilisé à l'autoclave.

Le procéde de Gœrtner est tout différent. Il consiste à étendre le lait d'eau de façon à ramener sa teneur en caséine à 18 p 100 environ, puis centrifugé dans un appareil spécial qui permet de régler la richesse en beurre du produit obtenu.

Le *lait gras* ainsi préparé est additionné de lactose en quantité convenable pour en amener le titre à 65 gr. par litre et stérilisé ensuite à l'autoclave.

On peut reprocher au premier procédé de ne pas présenter des garanties suffisantes au point de vue de l'asepsie et au second de n'être praticable que dans l'industrie.

M. Eury (de la Rochelle), propose le procédé suivant qui n'est qu'un perfectionnement du procédé de M. Léon Dufour (de Fécamp) et qui a l'avantage de pouvoir être utilisée dans les petites exploitations et les hôpitaux, de donner un produit à l'abri de toute chance de contamination venant de l'extérieur. (*Bull. Société de Méd. de la Rochelle 1899*).

Aussitôt après la traite, le lait est reçu dans un grand récipient en verre ou en tôle émaillée susceptible d'être fermé exactement et soumis immédiatement à une stérilisation au bain-marie pendant 3|4 d'heure, puis abandonné au repos pendant 12 heures.

Pendant ce temps, on peut en faire l'analyse sur un échantillon prélevé à l'avance.

Au bout de ce temps, la presque totalité de la crême s'est rassemblée à la surface L'expérience a démontré que dans ces conditions la matière grasse séparée était toujours au moins égale aux 3|5 de la totalité du beurre contenu dans le lait primitif.

Au moyen d'un siphon, on décante une certaine partie du lait, et on le remplace par une solution de lactose. Le mélange est brassé, réparti dans des bouteilles et stérilisé au bain marie ou à l'autoclave.

Connaissant la composition du lait donnée par l'analyse, il est facile par le calcul de déterminer la quantité de lait écrémé qu'il faut soutirer et remplacer par une solution de lactose pour avoir un lait de composition déterminée, et par suite la composition moyenne du lait de femme sachant que les 4|5 du beurre sont réunis à la surface.

Avec les laits moyens, on soutire les 40 0|0 du volume total qu'on remplace par un volume égal d'une solution de lactose à 70 par 1.000.

Le lait maternisé ainsi préparé contient le 18 à 20 gr. de caséine par litre et 32 à 35 gr. de beurre.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'iodure d'éthyle est un liquide incolore lorsqu'il est convenablement purifié, mobile, d'une odeur douce, éthérée et un peu alliacée; sa densité est de 1,975 à 15°, il bout à 72°. Il est peu soluble dans l'eau; très soluble au contraire dans l'alcool et l'éther. Il est très altérable, beaucoup plus que ne l'est l'éther bromhydrique; et, en raison de cette très facile altérabilité, il est impossible à utiliser pour l'anesthésie chez l'homme : il possède cependant des propriétés anesthésiques très marquées qu'on peut facilement vérifier en l'expérimentant sur les animaux. Le véritable intérêt de l'éther iodhydrique consiste surtout dans son emploi comme médicament iodé, et cela en raison précisément de sa facile altérabilité, d'où, par conséquent, la mise en liberté d'iodure dans l'organisme. Il a été préconisé pour le traitement d'un certain nombre d'affection spasmodiques, entre autres l'asthme, où Germain Sée le recommandait beaucoup; il a été préconisé également à titre de médicament iodé très efficace dans le traitement de la tuberculose, de la scrofule, de la syphilis et même du rhumatisme. Enfin, on l'a préconisé encore, toujours à titre de médicament iodé, et en raison de sa facile décomposition dans l'organisme, comme antidote des alcaloïdes, dans le but de les transformer en composés iodés insolubles. J'avoue qu'à ce dernier point de vue, je n'ajouterais pas la moindre confiance à l'emploi de l'éther iodhydrique; sa décomposition dans l'organisme mettant à se produire un temps qui me paraît beaucoup trop considérable et permettant, par conséquent, aux alcaloïdes, contre l'action desquels on voudrait lutter, d'avoir développé leur action toxique avant que l'iode mis en liberté puisse les précipiter à à l'état soluble. Cela me paraît être encore une de ces applications fausses à la pratique thérapeutique des données fournies par la chimie : elle entraîne en effet une foule d'hypothèses absolument erronées, telles que la persistance de l'alcaloïde d'une part, de l'iode, d'autre part, à l'état isolé, sans qu'ils subissent la moindre modification de la part des liquides de l'organisme avec lesquels ils se trouvent en contact, sans qu'ils soient absorbés et circulent dans l'économie, etc., etc. Les prétendues applications des sciences exactes basées sur de pareilles conceptions sont plutôt faites pour nuire à ces sciences que pour montrer leur utilité. — Pr Pouchet.

Digitized by Google

GYNÉCOLOGIE

Du prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme. — Le prolapsus de la muqueuse uréthrale a été signalé depuis longtemps par Morgagni ; quelques observations furent ensuite rapportées par Seguin, Sernin, Boyer, Tavignot, etc. En 1881 Kleinvachter en réunit une centaine de cas ; Kümmel, en 1894, en observa sept cas; puis vinrent les observations de Blanc, la thèse de Pourtier (1896), l'observation de A. Broca, et enfin une étude récente et très consciencieuse de la part de Voillemin (*Th. Paris* 1899).

Il est admis aujourd'hui qu'il existe entre la musculeuse et la muqueuse une couche celluleuse ; d'après Voillemin, c'est grâce à la laxité de cette couche celluleuse que la muqueuse peut, sous certaines influences, glisser de haut en bas sur la musculeuse et venir faire à travers le méat une saillie plus ou moins volumineuse, un bourrelet plus ou moins circulaire, désigné sous le nom de prolapsus de la muqueuse uréthrale.

Cette affection s'observe chez les fillettes de 2 à 12 ans et chez les femmes âgées de 49 à 75 ans ; elle est exceptionnelle chez la femme adulte.

On a invoqué comme causes prédisposantes la faiblesse générale des tissus, la dilatation de l'urèthre, la multiparité, l'involution sénile ; l'effort (toux, constipation, dysurie, *etc.*), est la cause déterminante la plus fréquente, ce qui explique la production brusque dans certains cas ; mais les vulgo-vaginites, les uréthrites, les traumatismes, paraissent avoir quelque influence.

Au début, la femme accuse des douleurs à la miction, une sorte de cuisson ; le jet est moins fort, car plus la malade pousse, plus la douleur est vive. L'examen montre alors au niveau du méat une petite saillie rouge vif, molle, siégeant sur la paroi postérieure le plus souvent. Parfois, la tumeur se présente sous la forme de deux petites lèvres rouges siégeant sur les côtés de l'orifice ; dans d'autres cas on voit un bourrelet circulaire complet.

A la période d'état, la douleur devient plus vive, elle est exaspérée par la marche, les efforts, la miction ; la marche, les rapports sexuels deviennent impossibles. Dans une observation de Blum on a noté l'impossibilité absolue d'uriner. Les hémorrhagies sont fréquentes, généralement peu abondantes, continues ou intermittentes, souvent elles surviennent pendant la miction.

Le prolapsus augmente petit à petit, la muqueuse s'irrite, l'œdème envahit la tumeur qui devient très douloureuse ; on observe aussi des plaques de sphacèle, des ulcérations atteignant parfois des vaisseaux dilatés et entraînant une hémorrhagie abondante.

Le pronostic n'est pas grave le plus souvent; cependant les divers troubles observés entravant certains actes physiologiques, on est obligé d'en arriver à une opération.

Le diagnostic sera facile, car c'est une tumeur qui fait partie du méat, de sorte qu'il est impossible d'introduire un stylet entre elle et le méat ; ce qui est caractéristique, c'est qu'elle présente un orifice central qui conduit dans la vessie ; tandis que toutes les autres tumeurs de l'urèthre et du méat présentent un pédicule intra-uréthral que l'on peut délimiter, et n'ont jamais d'orifice à leur centre.

D'après Voillemin, le traitement sera variable suivant le degré du prolapsus et suivant qu'il est ou non réductible.

Si le prolapsus est récent, peu volumineux, on doit tenter la réduction qu'on maintiendra au moyen d'un pansement compressif : la malade devra rester au repos.

A titre d'adjuvants on pourra faire des lotions astringentes, des cautérisations répétées au nitrate d'argent.

L'insuffisance de cette méthode nécessitant un temps très long, lui fait préférer l'ablation du prolapsus dès que son volume atteint celui d'une noisette.

La ligature du prolapsus autrefois pratiquée est aujourd'hui abandonnée ; l'ablation sera faite au fer rouge, au thermocautère ou au galvanocautère.

L'excision avec le bistouri ou avec les ciseaux, suivie de suture des bords de la muqueuse divisée donne d'excellents résultats. — J. H. M.

OBSTÉTRIQUE

Des injections intra-utérines. — Il y a quelques années seulement les injections intra-utérines étaient distribuées à profusion surtout dans les services hospitaliers ; leur emploi s'est restreint à mesure que leurs indications ont été mieux établies. Le Dr Lecacheur vient d'y consacrer un intéressant travail (*Th. Paris*, 99). D'après lui, les injections intra-utérines seront pratiquées à titre préventif et à titre curatif.

Préventivement, elles seront toujours utiles, lorsque l'accouchement ou la délivrance auront présenté quelque chose d'anormal. De ce fait, elles sont indiquées après les interventions (forceps, version, basiotripsie), après l'expulsion d'un fœtus mort et macéré, enfin après la délivrance artificielle surtout si les membranes ne sont pas complètes.

Il faut ajouter que dans les cas de travail prolongé, et lorsque la femme n'a pas accouché avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires, il ne sera pas inutile de faire une injection intra-utérine.

A titre curatif, les injections intra-utérines constituent le meilleur moyen de combattre les premiers symptômes de l'infection puerpérale.

Chez toute nouvelle accouchée, dès que les lochies sont fétides, dès que la température s'élève, même d'une façon peu sensible, il est de toute nécessité de faire une irrigation intra-utérine, qui pourra enrayer la maladie.

Si après une première injection, la température ne tombe pas, les injections seront répétées aussi souvent

Digitized by Google

qu'il sera nécessaire ; si malgré ce traitement la fièvre persiste, il faut recourir au curettage.

Les injections intra-utérines sont donc d'une grande utilité en obstétrique ; cependant on a porté à leur actif un certain nombre d'accidents qui les ont fait considérer comme dangereuses. Mais, tous ces accidents : hémorrhagies, perforation, passage du liquide dans les trompes et le péritoine, entrée de l'air dans les veines, peuvent être évités si l'injection est faite avec toutes les précautions nécessaires ; ils ne sont donc pas de nature à en faire rejeter l'emploi.

Il faut, en effet, savoir faire une injection intra-utérine ; le manuel opératoire en est simple. Il est plus facile de faire mettre la malade en travers du lit ; alors l'index ou deux doigts de la main droite vont à la recherche de l'orifice utérin dans lequel ils pénètrent. La main gauche glisse la canule sur ces doigts qui la guident jusque près de l'orifice interne : celui-ci franchi, les deux doigts sont retirés et la main droite dirige alors la canule en tenant compte de l'anterversion de la matrice que la main gauche tente de corriger à travers la paroi abdominale. La canule est ainsi facilement poussée jusqu'au fond de l'utérus.

L'injection est plus facile immédiatement après l'accouchement, l'orifice du col n'étant pas refermé.

L'instrument importe peu immédiatement après l'accouchement, le col étant largement ouvert on n'a pas à redouter la rétention du liquide dans l'utérus, ni le reflux dans les trompes. Il n'en est pas de même dans les suites de couches, car, comme le dit Boissard « il faut que les quantités de liquide entrant et sortant soient égales dans un même espace de temps ». Pour cela il faut absolument une sonde à double courant : la sonde métallique de Budin réalise parfaitement ces diverses conditions.

Le liquide employé devra être à la fois microbicide et antiputride, sans être toxique cependant. On a beaucoup employé le sublimé en solution à 1 p. 1000, on a eu quelques accidents d'intoxication. Lecacheur conseille le permanganate de potasse à la dose de 0 gr. 50 par litre ; l'iode (2 à 3 gr. p. 1000) ; enfin l'eau oxygénée qui a donné de bons résultats grâce à son pouvoir antiputride. — J.-H. M.

VÉNÉOROLOGIE

La myosite blennorrhagique. — Il est actuellement bien démontré que la blennorrhagie est une maladie infectieuse qui peut se généraliser et frapper avec une fréquence et une intensité variables les divers appareils de l'économie. Les muscles n'échappent pas aux localisations de la gonococcie et l'on a déjà rapporté quelques observations de myosite blennorrhagique, dont deux très nettes dues à Braquehaye et Servel (*Ann. des org. gén. urin.*, 1898), qui les font suivre de quelques réflexions intéressantes.

La myosite n'apparaît que quelques semaines après le début de la blennorrhagie alors que l'écoulement diminue ; le malade accuse des douleurs très vives dans une région ; bientôt apparaît une petite tumeur dure, douloureuse, se fondant insensiblement avec le muscle sur lequel elle repose ; elle est libre, mobile sous la peau et sur les plans profonds. Le muscle est légèrement contracturé. Ce qui domine, c'est une douleur vive, continue, spontanée, augmentée par les mouvements.

L'état général est peu atteint, cependant, on note une légère élévation de température (38°, 38°5) avec accélération du pouls, céphalalgie, état saburral.

Ici, contrairement à ce qu'on observe dans les autres myosites infectieuses, il n'y a pas de tendance à la suppuration, et au bout d'une à deux semaines l'affection entre en voie de régression, laissant un petit noyau dur, qui reste longtemps sensible, mais finit par disparaître sans laisser d'atrophie.

Le pronostic de cette complication de la gonococcie est donc très bénin.

Quant à la pathogénie, elle est très obscure ; doit-on faire intervenir le gonocoque ou ses toxines ?

Le diagnostic consiste à éliminer l'adénite, l'arthrite et la péri-arthrite, ce qui est facile. On pourra penser à la phlébite, mais alors on a de l'œdème superficiel et un cordon dur et douloureux qu'on ne retrouve pas dans la myosite. La gravité des symptômes généraux permettront d'éliminer l'ostéomyélite.

Il ne sera pas toujours aussi aisé de reconnaître la nature de la myosite ; on devra faire une enquête très complète afin d'éliminer les diverses causes de la myosite aiguë.

Braquehaye recommande le traitement suivant : Enveloppement de tout le membre dans des compresses d'eau boriquée à la température de 35°, recouverte de mackintosh et d'ouate. Ce pansement sera renouvelé dès que les compresses se refroidiront.

Si les douleurs ne sont pas calmées, on donnera trois ou quatre fois par jour des bains partiels, d'une heure de durée dans de l'eau boriquée à 30° ou 35°. Dès que la période aiguë sera terminée on fera des badigeonnages avec le mélange suivant :

Huile de gaïacol .... } àà 20 grammes
Huile d'amandes douces..... }

et l'on appliquera un pansement ouaté. — J. H. M.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Etude expérimentale sur l'action de la spartéine. — M. le Dr Thomas, à la suite d'études consciencieuses sur la spartéine (*Rev. méd. Suisse romande*, déc. 99), arrive à formuler les conclusions suivantes :

La spartéine, à dose moyenne de 0,025-0,029 p. k, chez l'animal normal, augmente la pression artérielle et ralentit les pulsations. Chez l'animal dont l'action vaso-motrice est supprimée par la section de la moelle cervicale, le même phénomène se produit, mais à la dose de 0,038 p. k.

Le chloral en injection intra-artérielle, produit toujours une

Digitized by Google

diminution de pression, quelle que soit la dose de spartéine introduite. Il accélère les pulsations.

La section ou l'atropinisation des vagues n'empêche pas la production des effets habituels de la spartéine, surtout en ce qui concerne le ralentissement.

L'action principale de la spartéine, en ce qui concerne le nombre des pulsations, est due à une influence spéciale sur le myocarde, à l'exclusion de toute autre cause.

Quant à la pression artérielle, ses modifications sont dues à la même influence, mais on ne peut pas éliminer complètement l'action vaso-motrice.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Etude sur le réflexe respiratoire, durée de la survie post-mortem de ses éléments fonctionnels. — M. Laborde termine l'exposé de ses recherches expérimentales et cliniques par les conclusions suivantes :

La mort extérieure, objective de l'organisme, constituée par la suspension des manifestations fonctionnelles extérieures, notamment de la fonction cardio-respiratoire la plus essentielle à la vie, n'est pas la mort achevée, définitive ;

Tandis que l'organisme a cessé de vivre en dehors, il vit encore en dedans, c'est-à-dire que la vie continue, d'une *façon* latente, par la persistence des propriétés fonctionnelles inhérentes aux éléments et aux tissus organiques ; persistance qui peut être utilisée pour la ranimation de la vie totale ;

La limite maxima de cette persistance, en fonction de temps, est, en moyenne, de trois heures après la mort extérieure ;

D'où il résulte que la mort apparente, physiologiquement conçue et définie, réside dans cette durée fonctionnelle, latente des propriétés des tissus et des éléments organiques, et que sa durée est, en moyenne, de trois heures, pendant lesquelles peut être réalisé le rappel à la vie du cadavre apparent, par un moyen approprié et suffisamment puissant ;

Ce moyen le mieux approprié et le plus puissant de tous — ainsi que la démonstration en est faite, d'ores et déjà, tant par les faits expérimentaux que par les faits pratiques — est le procédé des tractions rythmées de la langue ; procédé d'ordre essentiellement physiologique, basé sur la détermination et l'étude d'un phénomène biologique fondamental : le réflexe cardio-respiratoire, lequel constitue la fonction primordiale de la vie ; la fonction respiratoire ;

L'application systématisée de ce procédé ne réalise pas seulement le moyen le plus puissant et le plus efficace de ranimation de la fonction cardio-respiratoire, et par suite de la vie, dans toutes les conditions d'asphyxie et de mort apparente, il constitue, de plus, par son action négative, c'est-à-dire par son emploi infructueux pendant la période moyenne de trois heures après la mort objective, et au-delà, un signe certain de la mort réelle ;

Le procédé des tractions rythmées de la langue transformé en procédé mécanique automatique, grâce à un appareil approprié, fournit le signe automatique certain de la mort réelle ; signe accessible à tous, et, conséquemment réalisé dans les meilleures conditions de vulgarisation ; en même temps qu'il constitue du même coup, et solidairement, le moyen le plus efficace de ranimation, de véritable résurrection, toutes les fois qu'elles sont possibles ;

Etant donnée la détermination, à la fois expérimentale et pratique, de la limite maxima de la persistance latente des propriétés fonctionnelles qui constituent la mort apparente et le substratum organique et fonctionnel de la ranimation en question, et cette limite étant en moyenne de trois heures, le tracteur automatique de la langue doit, en conséquence, continuer à fonctionner sur le cadavre apparent, et à partir du moment le plus rapproché de la mort extérieure ou objective, au moins pendant trois heures ;

Et afin d'assurer, sans le moindre doute possible, à la fois la certitude de la mort et l'impossibilité confirmée de la ranimation provoquée, cette continuation de fonctionnement pourra et devra être réalisée au-delà de la limite en question, soit en doublant, ou même en triplant facultativement cette durée.

Apparition de la chique à Madagascar. — M. Blanchard analyse un travail de MM. Clair et Joly, médecins sanitaires, dans lequel ces auteurs signalent l'apparition dans la région nord-ouest de Madagascar de la chique ou puce pénétrante. Ce parasite, importé dans l'île par les tirailleurs sénégalais, pénètre dans les tissus de la plante des pieds, y détermine des abcès, accompagnés de violentes douleurs, des lymphangites rendant la marche impossible, et parfois des accidents septiques d'une gravité extrême.

Le climat de Madagascar paraît parfaitement convenir à la chique, et favorisera son développement et son endémicité. C'est un fléau de plus à ajouter à ceux qui y sévissent déjà.

Elections — MM. Kaposi, Erb et Hansen sont nommés correspondants étrangers. — *(30 janvier).*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

L'opothérapie gastrique au moyen du suc gastrique de chien à estomac isolé (gastérine de Frémont). — M. P. Le Gendre. Depuis que M. Frémont a réussi à obtenir des chiens à estomac isolé vivants et bien portants et à pouvoir réaliser la récolte à volonté d'un suc gastrique exempt d'impuretés, soit microbiennes soit alimentaires, qu'il appelle *gasterine* pour en dissimuler la nature aux malades, l'opothérapie gastrique est entrée dans une voie pratique.

M. Le Gendre apporte, comme confirmation aux observations publiées dans la précédente séance par MM. Lau-

Digitized by Google

nois et Barth, six faits nouveaux personnels concernant des malades atteints de troubles dyspeptiques secondaires ou primitifs, caractérisés soit par l'intolérance gastrique se traduisant par des vomissements ou des diarrhées lientériques, soit par la lenteur excessive des digestions avec syndrome flatulent, avec amaigrissement inquiétant. Ces malades étaient hypopeptiques ou apeptiques depuis un temps plus ou moins long, et les médications classiques avaient échoué. Dans tous ces cas, la gastérine a produit un bon effet rapide. Si on défalque deux cas, où l'essai a été de trop courte durée par suite de l'impossibilité de continuer à se procurer le suc digestif, ou à cause de l'état névropathique capricieux du sujet, il en reste quatre où le résultat a été excellent et durable à des doses de 90 à 150 grammes par jour.

On peut dire, dès maintenant, que, chez les hypopeptiques et les apeptiques, en exceptant les cancéreux — ce qui pourrait aider dans certains cas douteux le diagnostic différentiel —, le suc gastrique animal, tel que le recueille M. Frémont, doit être essayé et améliorera presque toujours, guérira même probablement souvent, des malades pour lesquels, dans l'état actuel, nous ne connaissons guère de médication efficace.

L'examen analytique des observations permet d'affirmer que la gastérine n'accomplit pas seulement la digestion chimique dans l'estomac comme elle le ferait *in vitro*, mais ranime graduellement la sécrétion spontanée de l'estomac. Elle paraît donc appelée à être un remède encore meilleur contre l'insuffisance chimique de l'estomac que la digitale ne l'est contre l'insuffisance contractile du cœur. Ce n'est pas un mince éloge.

Dothiénentérie apyrétique. — M. Etienne, de Nancy. Il existe une forme de dothiénentérie apyrétique qui ne doit pas être confondue avec la fièvre typhoïde ambulatoire ou latente, dans laquelle il y a de la fièvre, bien que l'état général soit peu intéressé, qui ne doit pas être confondue avec la fièvre typhoïde abortive, dont l'anomalie porte sur la durée, ni avec la fièvre muqueuse, qui n'est qu'une forme bénigne. La dothiénentérie apyrétique se distingue essentiellement de la fièvre typhoïde commune par l'absence de température et de taches rosées lenticulaires.

Les symptômes généraux rappellent ceux d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Dans le cas observé par M. Etienne au milieu d'une épidémie de fièvre typhoïde, remarquable par l'absence de fièvre, pendant les cinq semaines que dura la maladie, à aucun moment il n'y eut d'élévation de température au-dessus de la normale, ni d'éruption rosée sur l'abdomen. La rate était un peu augmentée de volume, les urines légèrement albumineuses. L'épreuve positive par la séro-réaction de Widal confirma le diagnostic de dothiénentérie. La maladie se termina par la guérison.

Les fonctions du rein dans les néphrites chroniques. — M. Léon Bernard. — En étudiant un certain nombre de malades atteints de diverses variétés de néphrites chroniques à l'aide de l'analyse chimique des urines, de la recherche de la toxicité de l'urine et de la toxicité du sérum sanguin, enfin, du procédé du bleu de méthylène, employés simultanément, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes : la fonction excrétrice du rein n'est pas uniformément troublée dans les diverses formes des néphrites chroniques : à l'ancienne dichotomie clinique répond un véritable dualisme physiologique. La perméabilité rénale est d'emblée diminuée dans les néphrites interstitielles, quelle qu'en soit la variété étiologique. Elle est, au contraire, normale ou même exagérée dans la première période de la néphrite parenchymateuse ; ce n'est que dans sa seconde période (période d'atrophie secondaire des auteurs anglais) qu'elle commence à diminuer.

L'urémie n'est pas uniquement fonction de l'auto-intoxication due à l'imperméabilité rénale. On observe des urémiques aux reins perméables, et, réciproquement, des reins imperméables sans urémie. On peut, dans les manifestations urémiques, faire la part de ce qui relève de l'imperméabilité rénale de ce qui n'en dépend pas.

Les symptômes de la première catégorie constituent un syndrome qu'on peut appeler syndrome d'imperméabilité rénale. Les autres sont dus soit à des troubles de certaines fonctions encore ignorées de l'épithélium rénal, soit à l'insuffisance fonctionnelle d'autres organes que le rein. Ce syndrome d'imperméabilité existe seul à la période initiale des néphrites interstitielles ; puis il détermine l'apparition d'un syndrome, dû à l'hypertension artérielle. Celui-ci, enfin, fait place quelquefois à des crises d'hypotension artérielle, d'où l'apparition d'un syndrome nouveau. Au contraire, les deux syndromes conséquents d'imperméabilité et cardio-vasculaire sont absents au début de la néphrite parenchymateuse, où n'existent que l'œdème et l'albuminurie ; ils apparaissent à la seconde période évolutive de cette variété de néphrite.

Méningite cérébro-spinale épidémique. — M. Troisier rapporte un nouveau cas qu'il a observé en décembre dernier dans son service, montrant que l'épidémie de méningite cérébro-spinale, signalée au commencement de l'année 1899, n'a pas encore pris fin. Trois ponctions lombaires, faites par M. Netter, et après l'autopsie, l'examen du pus des méninges, montrèrent la présence constante d'un diplocoque dans le liquide céphalo-rachidien. (*26 janvier*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance publique annuelle

M. Pozzi, président sortant, prononce le discours d'usage.

M. Routier, secrétaire annuel, fait le compte-rendu des travaux de l'année.

M. Reclus, secrétaire général, prononce l'éloge de Maisonneuve.

Prix décernés en 1899. — Prix Demarquay, à M. le Dr de Bovis, pour son travail sur le cancer du gros intestin.

Prix Marjolin-Duval, à M. le Dr Bigeard, pour son travail sur les hystérectomies totales dans le cancer de l'utérus. (*31 janvier.*)

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Laënnec. — M le Dr ERNEST BARIÉ

Les sueurs des phtisiques et leur traitement par le tellurate de soude

Rien n'est plus banal que d'observer l'apparition de sueurs profuses et à répétition fréquente, dans le cours de la tuberculose pulmonaire, surtout dans ses périodes avancées. Elles constituent par leur abondance et leur tenacité une gêne des plus pénibles pour les malades, et augmentent considérablement leur faiblesse.

Ces sueurs sont signalées dans tous vos traités classiques, et décrites généralement sous le nom de sueurs nocturnes des phtisiques; or, ainsi que Peter, un des premiers, l'a fait remarquer, cette appellation est inexacte, car on peut les observer également pendant le jour. En fait, ces transpirations abondantes peuvent être aussi bien diurnes que nocturnes, à la condition que se produise la condition indispensable à leur apparition : le sommeil, et si elles ont été décrites sous le nom de sueurs nocturnes, c'est que — vous l'avez saisi de suite — la nuit est consacrée au sommeil.

Quoi qu'il en soit, c'est au réveil que les malades se trouvent baignés de sueurs; celles-ci peuvent être partielles ou presque généralisées : on les observe surtout sur le thorax, le cou, la région dorsale, la paume des mains, le visage et en particulier la région frontale. Chez d'autres malades, la transpiration s'établit de suite, dès qu'ils commencent à s'endormir et devient pour eux une cause d'insomnie des plus pénibles, et cela d'autant plus, que, contrairement à la sueur dite physiologique qui survient à l'état de santé sous l'influence de la chaleur, d'une marche rapide, d'un travail manuel fatigant, et est suivie d'une sensation de fraîcheur et de bien-être, les sueurs des phtisiques sont accompagnées de malaise général avec sensation de chaleur vive à la peau, à laquelle succède parfois une impression de froid, non moins pénible, causée par l'évaporation du liquide sudoral. Celui-ci peut être très abondant, et dans quelques cas de transpiration profuse, on note l'existence d'une véritable miliaire sudorale, de sudamina d'une confluence extrême, il arrive alors qu'on observe un véritable ruissellement, la chemise du malade, ses draps, son oreiller peuvent être mouillés par la transpiration. Celle-ci ne répand point cette odeur aigrelette *sui generis*, qu'on trouve dans le rhumatisme polyarticulaire aigu, mais plutôt celle des acides gras. Au point de vue chimique, le liquide sudoral renferme des principes minéraux, du chlorure de sodium et de potassium, de l'urée, des principes non azotés consistant en acide gras (acide butyrique, acétique, formique), des matières solides et de l'eau en grande quantité (de 978 à 995 pour 1000 environ).

Les sueurs des phtisiques ne se rattachent pas exclusivement à l'état fébrile si fréquent chez eux, et en tous cas, ne présentent avec lui aucun rapport absolu : tel phtisique chez lequel la température sera très élevée pourra ne présenter que de la transpiration relativement peu abondante, alors que tel autre chez lequel le thermomètre s'élèvera peu, aura des sueurs profuses. Louis a résumé ce fait d'observation courante dans cette phrase courte et typique : « Les phtisiques peuvent avoir des accès de fièvre sans sueurs, et des sueurs sans accès de fièvre. » Ce qui prouve bien encore qu'il n'y a point de rapport absolu entre l'état fébrile des malades et l'abondance des transpirations, c'est que dans la granulie où la température est parfois très élevée, les sueurs sont peut-être moins fréquentes et en tous cas moins abondantes que dans la phtisie chronique avec poussées fébriles peu intenses ; de plus dans les dernières périodes de la maladie, aux approches de la mort, il est fréquent encore de voir les patients couverts de sueurs, alors que la température reste peu élevée, et même s'abaisse momentanément au-dessous de la normale.

Jusqu'ici, en vous parlant de ces sueurs, j'ai employé presque constamment le mot de phtisiques préférablement à celui de tuberculeux, c'est qu'en effet, ces transpirations se rencontrent de préférence chez les tuberculeux déjà avancés, sinon cachectiques, répondant à cet état que les anciens désignaient tout spécialement sous le nom de phtisie, c'est-à-dire un état d'affaiblissement, d'épuisement extrême à la suite d'une maladie consomptive. Cependant, les sueurs s'observent encore chez des tuberculeux à la seconde période, et s'il faut en croire Louis, leur fréquence serait en moyenne de 9 cas sur 10 tuberculeux. Il arrive encore, quoique plus rarement, qu'elles se montrent dans les premières étapes de l'affection, disparaissent pendant la période d'état pour se montrer de nouveau au stade ultime.

La pathogénie des sueurs chez les phtisiques est loin d'être encore élucidée. Quelques auteurs anciens voyaient en elles un simple phénomène de compensation alternative avec la diarrhée, mais la coïncidence de ces deux manifestations morbides, surtout dans les périodes avancées de la tuberculose doit faire rejeter absolument cette hypothèse. On a dit encore que, par suite de la diminution du champ respiratoire dans le poumon gravement lésé, il se

Digitized by Google

produisait une accumulation d'acide carbonique dans le sang avec des phénomènes asphyxiques contre lesquels l'organisme, pour résister, provoquait une véritable respiration exagérée. Lauder Brunton reprenant la même théorie pensait que l'acide carbonique en excès dans le sang stimulait les centres nerveux chargés de la secrétion sudorale à l'excès. D'autres auteurs, enfin, attribuent celle-ci à des perturbations dans le domaine du grand sympathique. Ce sont là autant de théories difficilement justifiées, et la majorité des cliniciens s'accorde maintenant à considérer les sueurs des phtisiques comme produites par les toxines fabriquées par le bacille dans les foyers tuberculeux; ces produits toxiques vont imprégner tout organisme et réagissent sur les centres secréteurs dont ils excitent la fonction.

Quelle que soit d'ailleurs la thèse adoptée, les sueurs des phthisiques constituent pour ces malheureux patients, un des accidents les plus pénibles : elles troublent leur sommeil, lorsqu'elles ne l'empêchent point, et sont une cause d'affaiblissement rapide. Il importe donc de s'opposer énergiquement à l'apparition de ces sueurs; pour cela, les moyens ne manquent point et vous en trouverez l'énumération dans vos Traités de Thérapeutique; je veux seulement vous les rappeler succinctement avec les doses auxquelles vous devez prescrire ces agents médicamenteux,

Je laisserai de côté l'*acétate de plomb*, justement tombé dans l'oubli: il n'a jamais eu d'action nettement déterminée et, par contre, a provoqué quelquefois des accidents sérieux d'intoxication saturnine (Gubler; Hérard).

L'*agaric blanc* est connu et donné depuis longtemps; c'est un bon médicament, mais dont l'action est peu durable. Il ne faut point le prescrire à dose élevée, car il agit alors comme purgatif drastique; on le prescrira seulement à celle de 0,25 à 0,30 centigrammes, en poudre enfermée dans un cachet; il sera souvent préférable de le faire prendre en deux doses ou prises, dans la soirée, avant de se coucher.

Le *sulfate d'atropine* introduit en France, surtout par Vulpian, est un agent médicamenteux bien autrement puissant que l'agaric blanc; il modère rapidement l'activité des glandes sudoripares, mais cette action modératrice s'exerce aussi sur les glandes salivaires et bucco-pharyngiennes, entraînant avec elle un état de rougeur et de sécheresse pénibles de la bouche et du pharynx, enfin son action mydriatique trouble sensiblement la vue chez certains malades. Appliqué avec soin et en surveillant les effets, le sulfate d'atropine reste un excellent agent thérapeutique contre les sueurs des phtisiques dont il diminue en même temps les sécrétions bronchiques et calme la toux quinteuse ou spasmodique, dont quelques malades se plaignent vivement; cependant, à cause de la toxicité de la belladone, la médication demande à être maniée avec prudence : on prescrira de un à trois granules de un quart de milligramme chacun, pris à deux heures d'intervalle en moyenne, et cela dans la soirée.

L'*ergot de seigle* a été conseillé encore à cause de son action sur les fibres lisses des vaisseaux qu'il fait contracter et agirait ainsi directement sur les vaisseaux des glandes sudoripares ou sur ces glandes elles-mêmes, dont les plus volumineuses possèdent dans leurs parois des fibres musculaires lisses longitudinales.

L'*acide camphorique* (Leu) a une action parfois assez lente; on le donne en cachets ou en solution alcoolique; la meilleure manière semble être la première, c'est-à-dire en cachets de 1 gramme, à la dose de 2 à 3 par jour.

Le Professeur Potain conseille tout particulièrement l'emploi du *phosphate de chaux tribasique* à la dose de 4 grammes, pris en deux fois à une demi-heure ou à un quart d'heure d'intervalle, de préférence dans le milieu de la journée.

Le *tannin*, l'*oxyde de zinc* ont été encore conseillés, le premier à la dose de 0,30 à 0,50 centigrammes, le second à celle de 0,50 centigrammes en moyenne ; de même encore l'*extrait fluide d'hydrastis canadensis* à la dose de trente (XXX) gouttes au moment de se coucher ; mais ce sont là des agents infidèles et dont l'action n'est guère durable.

Telle n'est pas celle du *tellurate de soude* dont je veux surtout vous entretenir. Neusser (de Vienne), est le premier auteur (1890) qui ait expérimenté l'action thérapeutique des tellurates : il se servait du tellurate de potasse et le donna à 51 malades atteints de tuberculose pulmonaire ; la dose fréquente était de 2 centigrammes et jamais il n'observa d'accidents ou même de simples phénomènes d'intolérance. Par contre, il remarqua la cessation des sueurs chez tous ses malades. Il ne survint, dit-il, « de phénomènes secondaires fâcheux que lorsque le médicament était donné à la dose de 6 centigrammes par jour et cela pendant plusieurs jours. »

Presque en même temps, Combemale, de Lille (1891), revenait sur la question et remplaçait le tellurate de potasse par le tellurate de soude à cause du degré de toxicité moindre des sels de soude sur ceux de potasse. Depuis cette époque, ce médicament est entré peu à peu dans le domaine de la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, et je crois, après ces auteurs, avoir été l'un des premiers à expérimenter d'abord, puis à vulgariser cette médication : en 1896, un de mes élèves le Dr Joguet, a consacré sa thèse

Digitized by Google

inaugurale à l'étude attentive de vingt cas de tuberculose avec sueurs profuses de mon service de l'hôpital Tenon.

Le tellurate de soude se présente sous forme d'une poudre blanchâtre, soluble dans l'eau et dans l'alcool, il s'élimine par les urines et les poumons et cette exhalation pulmonaire se manifeste par l'odeur d'ail très persistante qu'il donne à l'haleine. D'après Neusser, le tellurate de soude posséderait une action antiseptique particulière, ce serait même un agent bactéricide puissant, capable de modifier l'effet des toxines secrétées par l'agent infectieux, et c'est de cette façon qu'il agirait contre les sueurs des tuberculeux. Sans entrer plus avant dans ce sujet, et en nous appuyant sur la clinique pure, il est incontestable que le tellurate de soude est un des agents les plus précieux que nous possédions pour combattre les transpirations si pénibles des phtisiques; par contre, il ne paraît avoir aucune action sur la transpiration normale.

Le tellurate de soude ne produit point d'effets toxiques; depuis près de cinq ans, je l'ai prescrit à un nombre considérable de tuberculeux, et jamais je n'ai observé aucun accident sérieux ; on a parlé de coliques, de diarrhée légère, la chose est possible si l'on dépasse la dose thérapeutique. Le seul inconvénient de cette médication est l'odeur d'ail que donne l'haleine du malade, mais c'est là un détail de peu d'importance qui ne doit arrêter ni le médecin ni le malade.

L'agent médicamenteux doit être prescrit à la dose de deux centigrammes et demi à trois centigrammes en moyenne par jour, et cela pendant 3 à 4 jours consécutifs environ. En cas de ténacité des sueurs, on peut, en tâtonnant, donner par jour deux pilules de deux centigrammes et demi chacune, soit cinq centigrammes *pro die* ; cette dose est bien tolérée, mais je ne conseille pas d'aller au-delà. Dans quelques cas exceptionnels j'ai dû cependant augmenter la dose ; mais les malades qui avaient nécessité cette dose élevée ne furent pour la plupart que peu soulagés par elle ; ils étaient réfractaires au médicament. Ceux-ci, je ne saurais trop le redire, forment une infime minorité, et la grande généralité des tuberculeux qui présente des sueurs abondantes trouve dans le tellurate de soude un soulagement incontestable et durable. Lorsque les sueurs réapparaissent, c'est généralement après une période de cessation assez longue, mais on ne doit pas hésiter à revenir de nouveau au médicament à la dose primitivement indiquée.

La forme sous laquelle on prescrit le tellurate de soude est, je crois, indifférente : solution alcoolique, pilules ; c'est à ces dernières que j'ai habituellement recours

TOXICOLOGIE

De l'intoxication par ingestion des mollusques

I. De l'intoxication par les moules. — A la suite de l'ingestion des moules, certaines personnes sont prises d'un malaise très accentué, avec douleur de tête et de ventre. Il y a des nausées et surtout des vomissements. Ces accidents éclatent au bout d'un temps parfois très court. Après ces accidents indiquant un désordre sérieux de l'appareil gastro-intestinal, le sujet ressent une violente démangeaison sur tout le corps, et il constate l'apparition de taches rouges ou pâles, peu saillantes et de dimensions variables. Cette poussée cutanée d'urticaire peut ne persister que quelques heures; dans d'autres cas, elle se prolonge deux jours, trois jours et même davantage. La température est ordinairement élevée, tant que dure cette fièvre ortiée (Netter).

« L'affection est toujours pénible et douloureuse. Elle peut quelquefois inquiéter le malade ou son entourage. Aux symptômes signalés s'ajoutent alors des défaillances, des syncopes, du délire, des troubles de la déglutition...

« Ces accidents surviennent à la suite de la consommation de moules de toute provenance. Ils éclatent après ingestion de quantités parfois infimes. Il faut tenir compte des idiosyncrasies ».

D'autrefois, il s'agit d'accidents graves, souvent mortels, frappant toutes ou presque toutes les personnes ayant consommé des moules de même provenance, et dans la pathogénie desquels la prédisposition individuelle, l'idiosyncrasie ne semble jouer aucun rôle.

Les manifestations cliniques de ce second groupe d'accidents ne sont pas toujours identiques.

Le type le plus caractéristique de ce second groupe d'accidents est l'*épidémie de Wilhelmshaven* rapportée par Virchow à la Soc. de méd. de Berlin en 1885.

Les premiers symptômes survinrent peu de temps après le repas. Les malades éprouvèrent d'abord une sensation de constriction à la gorge, une agitation extrême dans tous les membres, rendant tout repos impossible, et rappelant l'excitation de l'ivresse, des fourmillements, des démangeaisons dans les extrémités, de la lourdeur de tête sans céphalalgie véritable. La parole était difficile, hésitante, les pupilles

(1) Notre collaborateur, M. le Dr Mosny, vient de faire à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle un remarquable rapport sur cette question, qui intéresse au plus haut point les médecins, et nous croyons être utile à nos lecteurs en résumant ce travail et en transcrivant *in extenso* les parties les plus utiles au médecin.

Digitized by Google

dilatées ne réagissaient plus à la lumière, la fièvre était nulle.

Bientôt, ces premiers symptômes firent place à une faiblesse générale, progressive; les membres s'alourdirent, se paralysèrent, puis survinrent des vomissements sans diarrhée ni coliques, du refroidissement des extrémités, de l'algidité, de l'angoisse, de l'oppression.

La plupart des malades se rétablirent rapidement; 4 d'entre eux succombèrent en trois à cinq heures, en pleine connaissance. L'autopsie révéla une infiltration œdémateuse avec ecchymoses du tube digestif, une rate grosse et de la dégénérescence graisseuse du cœur, des reins et du foie.

L'expérimentation et les recherches toxicologiques précisèrent l'origine de ces accidents.

Max Wolff révéla la présence dans les moules, et exclusivement dans le foie de ces mollusques d'un alcaloïde toxique, d'une ptomaïne que Salkowski et Brieger isolèrent sous le nom de *mytilotoxine* et dont ils expérimentèrent l'action sur l'animal. Ils obtinrent ainsi des phénomènes identiques aux accidents observés chez l'homme, et fort analogues à ceux du curare.

Schmidtmann démontra de plus que les moules n'étaient toxiques que dans le bassin de radoub du port de Wilhelmshaven; et que tous les animaux marins du port étaient toxiques, mais qu'on pouvait en les transportant ailleurs détruire leur toxicité. D'autres animaux non toxiques le devenaient quand ils étaient transportés dans le port.

Ces faits démontrent l'influence exclusive de l'eau dans laquelle vivent les moules sur la toxicité de ces mollusques et sur les accidents que leur consommation détermine chez l'homme et permettent de faire justice des conditions diverses jadis invoquées comme causes de ces accidents d'intoxication par les moules, à savoir l'action du cuivre ou de l'espèce de moule.

A côté des accidents signalés par Virchow dans l'épidémie de Wilhelmshaven, il existe d'autres formes, tels le cas de Cameron qui en 1891 observa des vomissements avec dyspnée, tuméfaction de la face, incoordination motrice, mouvements spasmodiques du bras. Un enfant mourut en moins d'une heure; la mère et 3 autres enfants succombèrent au bout de deux heures. Un seul enfant et la bonne qui n'avaient mangé que 4 moules survécurent après de graves accidents. Les moules consommées par cette famille, provenaient d'un fond souillé par des eaux d'égout: leur foie était gros, leur coquille fragile. Cameron isola de ces moules une ptomaïne identique à la mytilotoxine de Brieger.

Tout récemment, M. Rendu a observé un cas d'infection dû à l'ingestion des moules avec les signes suivants: 12 heures après: inappétence, grand malaise, symptômes d'embarras gastrique; puis l'après-midi, frissons et fièvre; transpiration abondante. Le lendemain, courbature, sans fièvre, puis dans la journée, frissons, fièvre, sueurs. Trois jours après, passés avec des signes analogues, on constate un herpès généralisé, symétrique, sans douleurs, sans diarrhée, sans malaise général, mais avec une langue sale et une température de 38 degrés. Les symptômes s'atténuèrent rapidement et progressivement.

Entre ces faits cliniquement dissemblables existe un lien commun: l'étiologie. Il s'agit toujours d'ingestion de moules fraîches, et quand leur provenance est connue, on constate que ces moules ont été prises dans des endroits où l'eau de mer était souillée par des eaux d'égout.

Dans la seconde catégorie d'accidents, les prédispositions individuelles, l'idiosyncrasie ne jouent qu'un rôle secondaire, insignifiant: il s'agit d'un agent infectieux ou toxique ingéré à dose massive, provoquant chez les sujets qui l'ont absorbé des accidents rapides, plus ou moins graves, parfois mortels. Lustig a isolé du foie de moules toxiques deux bacilles l'un non pathogène, l'autre pathogène: l'aspect morphologique et les caractères biologiques de ce dernier permettent de le considérer comme analogue sinon absolument identique au vibrion de Finkler-Prior. Les cultures de ce bacille inoculées au lapin et au cobaye par ingestion et par injection intra-péritonéale, les tuent en huit à vingt-quatre heures avec des signes d'entérite aiguë: on retrouve les bacilles dans le sang du cœur, les parois et le contenu de l'intestin. Les inoculations intra-veineuse ou sous-cutanée demeurent sans résultat. Lustig considère ce bacille comme la cause des accidents provoqués chez l'homme par l'ingestion des moules, bien que les symptômes observés chez l'animal inoculé, et en particulier l'entérite aiguë, ne soient pas notés.

II. Accidents consécutifs a l'ingestion des huitres. — La fièvre ortiée est plus rare à la suite d'ingestion d'huîtres. Les prédispositions individuelles, l'idiosyncrasie ne paraissent donc pas jouer un grand rôle.

On peut grouper les accidents provoqués par l'ingestion des huîtres en 5 catégories ou types cliniques qui sont:

1° Accidents nerveux; 2° accidents gastro-intestinaux simples; 3° accidents dysentériformes; 4° accidents cholériformes; 5° fièvre typhoïde.

1° *Accidents nerveux.* — Ce type clinique est fort rare; il est toujours grave, fréquemment mortel:

Digitized by Google

les accidents sont précoces, leur évolution rapide, et les symptômes rappellent les accident provoqués par le curare.

Brosch rapporte le cas d'un officier qui, en rentrant d'un souper où seul il avait mangé des huîtres, fut pris de nausées et de vomissements. Le lendemain matin, il se plaint de malaise, de maux de tête, de vertiges, d'amblyopie. Le médecin qui le vit douze heures environ après le souper, le trouva pâle, hagard, donnant l'impression d'un homme ivre; il avait de plus, à ce moment, une hémiplégie faciale droite, de la dysphagie par paralysie des muscles du pharynx, de la dilatation de la pupille droite et de la rétention d'urine. Cinq minutes plus tard, lorsque le médecin revint après être allé chercher une sonde pour évacuer l'urine, le malade était cyanosé, inerte, la bouche ouverte laissant couler la salive, la parole inintelligible bien que l'intelligence fût conservée. Deux minutes après, la respiration s'arrêta brusquement, tandis que le cœur continuait encore à battre pendant près de trois minutes.

L'autopsie révéla de l'œdème avec ecchymoses des méninges cérébro-spinales, des ecchymoses péricardiques, pleurales, gastriques, des lésions dégénératives granulo-graisseuses du myocarde, des reins, du foie. Le résultat des recherches toxicologiques et bactériologiques fut négatif.

E. Casey relate le cas d'un homme de 32 ans qui mangea quelques huîtres à son souper, et remarqua que l'une d'elles était mauvaise. Seul, de toutes les personnes qui mangèrent des huîtres du même lot, cet homme fut malade ; douze à quatorze heures après l'ingestion des huîtres, il éprouva des douleurs dans l'estomac et dans le dos, et il fut pris de vomissements. La constipation était absolue. Ces symptômes persistèrent, mais, le lendemain matin, le pouls devint imperceptible, les extrémités se cyanosèrent, la déglutition devint impossible; il y eut quelques convulsions des membres supérieurs. Peu de temps après, il y eut une dyspnée intense, et la mort survint quarante et-une heures après l'ingestion des huîtres.

L'autopsie révéla des lésions congestives et dégénératives de la rate et des reins et une congestion intense de la muqueuse gastrique.

2° *Accidents gastro-intestinaux simples.* — Ce sont les plus fréquents, les plus passagers, les moins graves des accidents provoqués par l'ingestion des huîtres.

D'après le Dr Hameau, c'est la nuit ou le matin qui suit l'ingestion des mollusques, que les accidents apparaissent brusquement coliques violentes, sueurs froides, angoisse précordiale, nausées avec ou sans vomissements. Au bout de quelques heures, surviennent des évacuations liquides, bilieuses, verdâtres, qui peuvent persister sans coliques pendant quatre à cinq jours.

Lalesque a cité des accidents analogues.

(A suivre.)

ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE

La récolte du suc gastrique chez le chien

Par M. E. Launois, *agrégé, médecin de l'hôpital Tenon*

Isolement de l'estomac chez le chien. — L'ablation presque totale de l'estomac pratiquée par Czerny en 1878 chez le chien, son extirpation complète chez le chat, réalisée par Carvallo et Pachon en 1894, avaient appris aux physiologistes que des animaux privés de diverticule gastrique pouvaient continuer à vivre, pourvu qu'on les soumette à une alimentation particulière et qu'on les entoure des soins dont ils ont besoin (1).

Heidenhain, dans une série d'expériences qu'il me semble superflu de vous rapporter en détail, avait, de son côté, montré que les différentes parties de l'estomac isolées peuvent, pendant un certain temps, continuer à vivre et à sécréter.

Ce sont ces considérations qui ont conduit Frémont à chercher un procédé opératoire lui permettant d'obtenir l'isolement complet de l'estomac chez les animaux, tout en conservant à l'organe ses fonctions physiologiques. Ses expériences furent faites chez les chiens. Le 14 mai 1895, il présentait, à l'Académie de médecine, un chien vivant, porteur d'un estomac isolé, procédait à l'extraction de son suc gastrique et remettait le liquide ainsi obtenu à M. Laborde qui devait l'utiliser dans ses recherches.

En 1896, au cours d'une conférence faite sur le suc gastrique animal, au Congrès d'hydrologie de Vichy, il montra cinq chiens bien portants, malgré la mutilation gastrique qui, chez chacun d'eux, remontait à des époques variables et plus ou moins longues.

Le procédé d'isolement de l'estomac, imaginé par Frémont, est aujourd'hui mis en pratique dans les laboratoires de physiologie. On peut le résumer de la façon suivante :

L'estomac est isolé par une double section pratiquée au niveau du cardia et du pylore. L'œsophage et le duodénum sont ensuite abouchés directement l'un à l'autre.

Les sections du cardia et du pylore étant fermées, l'organe, qui a conservé la plupart de ses connexions vasculaires et nerveuses, est fixé à la

(1) Société médicale des Hôpitaux.

Digitized by Google

paroi abdominale. On pratique ensuite une gastrostomie ; l'ouverture est plus ou moins large, suivant que l'on veut ou non se servir d'une canule gastrique. On peut, en effet, obtenir une fistule persistante sans avoir recours à l'emploi d'une canule mise à demeure. Frémont a imaginé un procédé d'ouverture de la paroi abdominale qui, depuis, a été mis en pratique par les chirurgiens.

La muqueuse venant faire saillie au niveau des lèvres de la plaie, on l'incise en un point, de telle façon que sa section ne corresponde pas à celles de la séreuse et de la muqueuse.

Un drain en caoutchouc est placé et laissé à demeure dans l'ouverture pendant trois ou quatre jours ; il permet d'éviter la soudure des lèvres de l'incision pratiquée sur les parois gastriques.

Telle est succinctement résumée, la méthode qu'a imaginée et mise en pratique Frémont. Mais, vous le savez, les physiologistes comme les chirurgiens, font subir à leurs procédés quelques changements qui, tout en rendant plus faciles certaines manœuvres, ne modifient pas la technique opératoire, du moins dans ses grandes lignes.

Récolte du suc gastrique dans l'estomac isolé. — Quant au moyen d'obtenir, sans recourir à l'emploi d'une canule placé à demeure, le suc gastrique sécrété dans l'estomac et de vider chaque jour l'organe ; il est des plus simples.

La muqueuse se trouvant plus saillante que les autres tuniques gastriques, fait hernie au niveau de l'orifice pratiqué sur la paroi abdominale : elle forme un bourrelet et une sorte de valve intérieure qui s'oppose à la déperdition continue du liquide sécrété.

Quand on veut vider l'estomac, il suffit d'y introduire un tube ou nne canule de caoutchouc, rendus aseptiques, pour recueillir le liquide qu'il renferme.

Quantité de suc gastrique sécrété. — La quantité de suc gastrique fournie en un jour par un chien de 17 kilogrammes serait, d'après certaines expériences, de 350 centimètres cubes. Frémont obtient, de son côté, en vingt-quatre heures, de 700 à 800 centimètres cubes de suc gastrique. S'il en est ainsi, c'est qu'il sait donner à ses animaux, très susceptibles, et l'alimentation appropriée et les soins constants qu'ils réclament. De nombreuses causes font d'ailleurs varier la quantité et aussi la nature de la sécrétion gastrique chez les animaux à estomac isolé. Ce serait abuser de votre attention que de les énumérer.

Je veux seulement, en finissant, vous demander d'expérimenter, à votre tour, le produit physiologique sur lequel j'ai attiré votre attention et dont mes collègues Barth et Le Gendre vous ont montré l'action favorable dans certains cas d'affections gastriques rebelles.

J'espère que les résultats que vous obtiendrez vous permettront d'apprécier à leur juste valeur les ingénieuses et patientes recherches de Frémont.

Consultation Thérapeutique

Traitement des abcès retro-pharyngiens

Une observation récente nous suggère l'idée d'étudier cette question par laquelle les données des ouvrages classique, sont peut-être un peu insuffisantes. Voici le fait : Vers onze heures et demie, dans la nuit du 21 janvier, étant de garde à l'hôpital des Enfants-Malades, mon confrère le Dr Jacob amène un enfant âgé de 2 ans 1/2, avec le diagnostic d'abcès retro-pharyngé. Je l'examine rapidement, et voyant à la lueur d'une bougie, quelques points blancs dans le fond de la gorge, j'admets l'enfant au pavillon Trousseau dans le service de mon maître, M. Sevestre, me réservant de l'examiner plus longuement le lendemain matin. Vers deux heures du matin, on vint me chercher en toute hâte pour cet enfant qui paraissait très mal. J'arrive et je ne trouve pas que le danger fût si grand que me l'avait laissé croire l'état de trouble de l'infirmière, l'enfant respirait normalement, n'avait pas de cornage et était simplement très abattu. Je regarde de nouveau la gorge de l'enfant et constate encore quelques points blancs, mais à la lumière artificielle et vu l'indocilité de l'enfant, je ne puis voir l'arrière-gorge. Prenant alors un ouvre-bouche je fais le toucher pharyngé et constate un énorme abcès retro-pharyngien situé sur la ligne médiane et dont je ne puis atteindre la limite supérieure et inférieure. Mais, pendant mon exploration, l'enfant pâlit, cesse de respirer, en un mot tombe en syncope. Je le couche immédiatement sur une table, la tête penchée, et, prenant à la hâte un bistouri, j'incise l'abcès par la bouche, me guidant avec mon index gauche. Un flot de pus bien lié sort immédiatement par la bouche et les narines, mais l'enfant ne respirait pas et ne faisait aucun mouvement, il était dans un état de mort apparente absolu. Immédiatement, je saisis un bistouri boutonné, le seul qui fût à ma portée, et je pratique séance tenante la trachéotomie. Il y avait déjà environ cinq minutes que l'enfant ne respirait plus ; je fis la respiration artificielle et injectai une seringue d'éther. Au bout de dix minutes, l'enfant revint à lui, respira, cracha le pus qui obstruait sa bouche et que je n'avais pu retirer, manquant complètement de laveur. La plaie de trachéotomie qui n'avait pas laissé écouler une goutte de sang pendant l'opération, se mit à saigner, la figure de l'enfant redevint colorée ; et, après l'avoir complètement ranimé par des frictions alcooliques, et nettoyé sa bouche et son nez, on reporta le bébé dans son lit.

La température n'a jamais été élevée, 37,8 le soir de l'entrée et 37 les jours suivant.

Quarante-huit heures après l'intervention, la canule fut retirée, et, immédiatement, l'enfant se mit à causer, sans aucune altération dans le timbre de sa voix. Aujourd'hui, il est complètement guéri et rendu à sa famille.

Digitized by Google

Les cultures bactériologiques de l'enduit pultacé ont donné du staphylocoque ; mais l'examen du pus de l'abcès n'a pas été pratiqué.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : 1° d'abord l'existence de syncopes pouvant être mortelles pendant l'exploration d'un abcès retro-pharyngien; 2° l'heureuse influence de la trachéotomie contre cet accident ; 3° l'existence d'un abcès retro-pharyngien consécutif à une angine pultacée due aux staphylocoques; 4° l'intégrité de la voix après la trachéotomie, intégrité démontrant clairement, et cela, contrairement aux dires autrefois avancés à ce sujet, que la trachéotomie n'était pour rien dans les extinctions de voix si fréquentes à la suite de cette opération pratiquée en cas de croup, et que, dans ce cas, la diphtérie était seule responsable et non l'intervention. Les deux premières considérations que nous venons d'examiner nous arrêteront quelques instants.

Les syncopes ne sont pas d'une très grande rareté au cours des abcès retro-pharyngiens. Elles peuvent être ou spontanées ou provoquées par l'examen médical. M. Thoyer-Rosat, dans sa thèse inaugurale (Paris 1898), insiste longuement sur les terminaisons des abcès retro-pharyngiens par la mort subite.

Il reconnait à celle-ci trois causes principales : 1° l'hémorragie, due à la rupture d'un vaisseau important; 2° l'asphyxie suraiguë, causée le plus ordinairement par des spasmes de la glotte; 3° l'arrêt du cœur par action réflexe. Ce sont les causes de mort subite de l'abcès non traité; mais ce qui est bien plus intéressant, ce sont les accidents survenant au cours de l'exploration ou de l'incision de l'abcès. Thoyer-Rozat les a également mentionnés : « Dans quelques cas, dit-il, on a vu se produire au moment de l'ouverture de l'abcès des phénomènes subits d'apnée, dont nous relatons huit cas. Ces huit cas ne se sont pas terminés par la mort; cinq fois, il y avait seulement mort subite apparente; trois fois, la mort était définitive, réelle, et tous les moyens employés pour ramener les petits malades à la vie, ont échoué. Voici comment se font, dans tous les cas, les accidents d'apnée : on ouvre la bouche de l'enfant, on plonge dans le point culminant de l'abcès la pointe du bistouri; un flot de pus apparaît, l'enfant est incliné en avant pour que ce pus puisse s'écouler en dehors, et quand on le redresse pour faire un lavage de la cavité bucco-pharyngée, on s'aperçoit qu'il ne respire plus, et que son cœur ne bat plus. »

M. Brun rapporte l'histoire d'une fillette de 18 mois; chez qui il constate l'existence d'un abcès retro-pharyngien volumineux. L'ouverture de l'abcès et son évacuation immédiate s'imposaient; M. Brun allait y procéder, mais au moment où il ouvrit la bouche de l'enfant et y introduisait l'index gauche, qui allait guider son bistouri, survient une crise de dyspnée très courte ; puis, tout d'un coup, la respiration s'arrêta. Il fut impossible d'en rétablir le cours. L'abcès n'était pas ouvert.

Levrey et Ghika (*Journal de clin. et thér. infant.* 1895), rapportent une observation, non moins intéressante : Un enfant de 6 mois, arrive à l'hôpital Trousseau avec un abcès retro-pharyngien : « l'enfant est assis sur les genoux de l'infirmière, et le bistouri protégé au diachylon sur l'index gauche comme conducteur, est enfoncé sur la ligne médiane au niveau du point le plus saillant de la tumeur. Un flot de pus s'échappe par le nez, par la bouche de l'enfant, dont on incline la tête en avant. On s'aperçoit alors que l'enfant ne fait pas de mouvement respiratoire et que les yeux restent fixes. On essaie immédiatement la respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue, mais on ne peut ranimer l'enfant. Le pouls n'était plus perceptible dès le début des accidents; on n'entendait plus non plus les bruits du cœur. »

Nous ne pouvons relater tous les faits analogues, car ils sont assez nombreux; nous citerons seulement encore le fait remarquable de MM. Variot et Piatot (*Journal de clin. et de thér. infant.* 1895) : un enfant de 24 mois, entre le 20 juin à l'hôpital Trousseau, et après un examen difficile, on fait le diagnostic d'abcès retro-pharyngien et on décide l'ouverture de la collection par la voie buccale : « à midi, l'interne de service, après avoir placé l'ouvre-bouche, fait une ponction sur la ligne médiane à l'aide d'un bistouri dont la pointe seule est restée libre. Il s'échappe un flot de pus jaune-verdâtre, bien lié, sans fétidité, dont la quantité peut être évaluée à trois cuillerées à bouche environ. Aussitôt, l'enfant, tenu sur les genoux de la surveillante, est placé la tête penchée en avant; on lui fait un lavage boriqué à l'aide d'un irrigateur, sous une faible pression... Après ces manœuvres qui demandent moins de temps qu'il n'en faut pour les décrire, l'enfant se cyanose et cesse de respirer; on ausculte le cœur et on ne perçoit plus aucun battement; on pratique alors la respiration artificielle, après avoir préalablement nettoyé le fond de la gorge avec des éponges montées; on fait des tractions rythmées sur la langue; on recourt à des injections d'éther et de caféine et on applique des compresses chaudes sur le thorax de l'enfant. On continue pendant plus d'une demi heure la respiration artificielle; mais l'enfant ne put être rappelé à la vie. »

A l'autopsie, et le fait mérite qu'on y insiste, car il existe toujours, il n'y avait aucune *trace de pus, ni dans la trachée, ni dans les bronches.* C'est donc par un réflexe inhibitoire que la mort se produit. Or, il semble que la thérapeutique de cet accident, telle qu'on la trouve mentionnée en quelques endroits est erronée, ce que nous espérons démontrer, car tout ce que l'on fait et conseille de faire, n'est que du désarroi thérapeutique. La seule chance de salut est dans la trachéotomie immédiate.

Traitement. — Nous ne conseillons pas de suivre la méthode qui a été préconisée à savoir d'aborder l'abcès par la voie cutanée, arguant que cette voie permet l'antisepsie du foyer, un drainage facile et la chloroformisation. Reverdin aurait ouvert par ce procédé des abcès tuberculeux retro-pharyngiens du mal de Pott cervical. Phocas, prétend que cette méthode met à l'abri des dangers, tels que l'hémorragie, la pénétration du pus dans la trachée, dans l'estomac. Il est vrai que quand l'abcès vient faire saillie à l'extérieur, cette méthode s'impose ; mais c'est à cette seule exception qu'il faut la réserver. C'est d'ailleurs l'avis de Rochard, de Broca, de Morestin, etc.

Donc, le traitement qui s'impose dès l'abcès reconnu, *c'est l'ouverture immédiate par la voie buccale.* M. Broca conseille d'inciser avec un bistouri droit dont la

Digitized by Google

pointe seule est libre, le reste étant garni avec du diachylon.

L'enfant est mis, la bouche ouverte, dans la même position que pour pratiquer le toucher, c'est-à-dire, l'enfant assis sur un aide, la tête bien fixée et appuyée sur la poitrine de cet aide, un peu renversée en arrière. La lame du bistouri sera tenue bien parallèle au plan median vertical. Quelquefois, dit M. Broca, l'enfant est apporté asphyxiant et le chirurgien doit commencer par une trachéotomie d'urgence. Mais, cela fait, la mort est à peu près inévitable, si le foyer n'est pas incisé.

En raison des accidents possibles et pour y parer le plus vivement, voici ce que nous conseillons : 1° avoir à sa disposition tout ce qui est nécessaire pour faire une trachéotomie d'urgence, et des injections de caféine ; se munir d'un bock laveur rempli d'eau boriquée tiède. Tout étant préparé, on peut pratiquer l'incision soit dans la position indiquée par M. Broca, soit en couchant l'enfant sur une table, la tête dépassant un peu et pendante. Immédiatement après incision et issue du pus, tourner la tête de l'enfant à droite pour lui permettre de cracher le pus et pour faciliter le lavage de la gorge. Si l'enfant résiste bien, l'opération sera terminée, mais si sa respiration cesse, il est absolument inutile et dangereux d'essayer de lui laver la bouche ou de vider le pus avec des éponges montées ; il faut ne pas s'occuper de la bouche, mais pratiquer séance tenante le plus rapidement possible la trachéotomie; puis, on fera la respiration artificielle. Une fois le danger conjuré et l'enfant revenu à lui, on protégera la plaie de la trachéotomie par un pansement et on procédera seulement alors au nettoyage de la gorge. La pratique conseillée par M. Comby, de faire un attouchement au pinceau avec la solution suivante :

Acide salicylique.....	0 gr. 50
Alcool à 90°.....	10 —
Glycérine.....	30 —

ne nous parait pas nécessaire.

De simples lavages boriqués ou avec une solution d'hydrate de chloral à 1/200 suffisent amplement. On retirera la canule après 24 ou 48 heures.

Telle est, croyons-nous, la conduite la plus rationnelle à tenir, et, en terminant, nous nous permettrons de critiquer celle préconisée par M. Thoyer-Rosat : « Mettre la tête en bas, dit-il, faire des aspersions d'eau froide, des flagellations, pratiquer la respiration artificielle, exercer sur la langue des tractions rythmées. » Nous croyons que toutes ces pratiques font perdre un temps précieux, et l'une d'elles, du moins est dangereuse, c'est la respiration artificielle sans trachéotomie, car elle peut permettre l'entrée du pus dans la trachée et favoriser l'éclosion d'une broncho-pneumonie.

M. Thoyer-Rosat conseille encore d'après Bokay, l'électrisation du diaphragme, mais nous ferons remarquer combien cette intervention est illusoire, attendu qu'aucun praticien n'emporte pas avec lui une pile électrique et qu'il ne l'aura pas à sa disposition au moment opportun.

Enfin, comme dernier procédé, il conseille l'*intubation du larynx*, les accidents, dit-il, pouvant être dus à des phénomènes inhibitoires ou à des spasmes de la glotte. Or, et nous n'avons aucune hésitation à l'affirmer, c'est là la seule chose à ne pas faire, c'est l'intervention la plus dangereuse que l'on puisse se permettre, car le tube favoriserait l'entrée du pus dans la trachée et serait l'obstacle le plus grand que l'on puisse avoir pour les lavages ultérieurs de la gorge. Mettre dans ces conditions, un tube dans le larynx, c'est vouloir une broncho-pneumonie. Ce serait même encore pis encore de se servir de l'insufflateur de Ribemont. Tandis que M Thoyer-Rosat dit : « La trachéotomie n est jamais indiquée dans le cas d'abcès retro-pharyngien, rien ne peut le justifier ». Nous disons tout le contraire ; en presence d'accident syncopaux au cours de l'ouverture d'un abcès retro-pharyngien, la trachéotomie suivie de respiration artificielle est le seul traitement à employer, d'autant que si le médecin a pris ses précautions d'avance, rien ne lui empêche de faire cette trachéotomie avec une asepsie suffisante. — M. Deguy, *interne des hôpitaux*.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement des tuberculomes cutanées. — Leur thérapeutique rationnelle se résume ainsi (Gozzi, *Th. Paris*, 1899). Avant que M. Lannelongue ait décrit le membrane tuberculogène, les traitements s'adressaient uniquement au contenu de la poche que l'on évacuait par la ponction et l'incision. Les tuberculomes se reproduisaient indéfiniment, ou bien la plaie restait fistuleuse, et l'on assistait à des suppurations interminables. Le traitement, pour être efficace, doit être radical. Il doit s'adresser au contenant et au contenu. La méthode de choix est ici l'incision de la poche suivie de curettage, faite le plus soigneusement possible de façon à ne laisser aucune partie de la membrane tuberculogène. Il faut de plus modifier le terrain, l'alimentation sera surveillée avec soin ; les repas seront réguliers et substantiels. On donnera de l'huile de foie de morue en hiver, de la glycérine en été. Conseiller le séjour au grand air, à la campagne. Pratiquer l'aérothérapie. Par tous les moyens possibles, mettre l'organisme en état de lutte contre une affection qui a peu de tendance à se généraliser, mais qui peut aussi envahir un organisme affaibli. — S. R.

Lotions contre le prurit :

1° Tanin.....	0 gr. 10
Glycérine.....	50 grammes
Eau de roses.....	50 —
2° Borax.....	5 —
Alun.....	5 —
Eau de roses.....	300 —

Cachets anaphrodisiaques :

Lupulin.....	10 grammes

Pour 10 cachets. — Prendre 1 cachet avant de se coucher.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Potions contre les douleurs d'estomac :

1° Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 05
Sirop Diacode	40 grammes
Eau distillée	150 —

En prendre une à trois cuillerées à soupe au moment des crises.

2° Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 02
Eau distillée de menthe	25 grammes
Sirop simple	25 —
Décoction de salep	125 —

Même mode d'emploi.

3° Chlorhydrate de morphine	0 gr. 02
Sirop simple	30 grammes
Eau chloroformée saturée	60 —
Eau de fleurs d'oranger	60 —

Une cuillerée à soupe au moment des crises.

Solution aqueuse de Thymol :

Thymol	2 à 3 grammes
Acide borique	30 grammes
Eau distillée	1000 —

Pilules contre l'acné rosacea :

Extrait d'hamamelis virginica	1 gr. 50
Extrait de seigle ergoté	3 grammes

Pour XXX pilules. — 3 par jour.

(Centralbl. Ther.)

Contre les hémorrhoïdes :

1° *Pommade*

Extrait de belladone	0 gr. 10
— de jusquiame	0 gr. 10
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 50
Vaseline	20 grammes

2° *Suppositoires*

Exalgine	0 gr. 30
Extrait de belladone	0 gr. 10
Cire	1 gramme
Beurre de cacao	3 —

Solution contre l'urticaire :

Bicarbonate de soude	20 grammes
Laudanum de Sydenham	XX gouttes.
Eau bouillie	500 grammes

Elixir à la paraldéhyde :

Paraldéhyde	10 grammes
Sirop de menthe	20 —
Elixir de Garus	40 —
Eau distillée	80 —

Une cuillerée renferme 1 gramme de paraldéhyde. — 1 à 2 cuillerées par jour.

Limonade pour diabétiques ;

Acide citrique	1 gramme
Glycérine	50 —
Cognac	50 —
Eau distillée	500 —

MÉDECINE

Complications cardiaques de la blennorrhagie. — Les complications cardiaques de la blennorrhagie, avec ou sans arthrites, ne sont pas absolument rares. On peut retrouver dans la littérature médicale plus de cent cas d'endocardite, de péricardite ou de myocardite blennorrhagique.

S. Thayer et W. Lazear (*The Journal of experimental medicine* 1899) en ont publié deux nouveaux exemples.

Leur premier cas concerne une femme de 34 ans qui entra à l'hôpital pour des douleurs rhumatismales durant depuis trois mois. Dès le début de l'affection, elle avait éprouvé de la dyspnée d'effort. Quelques jours avant son entrée, elle avait eu un frisson et de la fièvre. On constata l'existence d'un rétrécissement mitral. Il y avait en même temps de la néphrite. La fièvre persista, irrégulière, jusqu'à la mort.

A trois reprises, pendant la maladie, on fit des prises de sang dans la veine basilique ; deux fois, l'ensemencement sur gelose donna des diplocoques en biscuit que les auteurs assimilent au gonocoque.

L'autopsie montra une endocardite végétante de la valvule mitrale. Dans les thromboses vasculaires, on trouva un grand nombre de microbes ayant tous les caractères morphologiques du gonocoque. Le vagin et l'utérus contenaient aussi des gonocoques.

Bien que la blennorrhagie n'ait pas été constatée du vivant de la malade et que le microbe n'ait pu être cultivé sur des milieux spéciaux, les auteurs pensent qu'il s'agissait là d'un cas de septicémie gonococcique compliqué d'endocardite.

Le second cas a trait à un homme de 19 ans qui entra à l'hôpital pour une blennorrhagie datant de six mois. Quelques semaines après le début de cette affection, il avait commencé à avoir de la fièvre. Il était pâle, anémié. On entendait à l'auscultation du cœur un souffle systolique aortique et un prolongement du premier bruit de la pointe. Le foie et la rate étaient hypertrophiés. Il y avait de l'hydarthrose du genou gauche, de l'œdème des pieds. L'écoulement urétral était abondant, purulent, riche en gonocoques. L'urine contenait du pus, de l'albumine, des cylindres et des hématies.

Un mois plus tard, le cœur était hypertrophié, la pointe dans le cinquième espace en dehors du mamelon, un souffle systolique s'entendait à la pointe. L'écoulement urétral avait cessé. La néphrite persistait. Dans la suite, l'état général s'agrava. On constata l'apparition d'un frottement de péricardite. Il survint une éruption petéchiale, une diarrhée incoercible et le malade mourut d'urémie.

Le sang de la veine médiane basilique ensemencé trois jours avant la mort donna des cultures de gonocoques.

Digitized by Google

A l'autopsie, on trouva une néphrite hémorragique, un foie et une rate congestionnés, des infarctus pulmonaires et un épanchement fibrino-purulent dans les deux plèvres. Le péricarde contenait 300 grammes de liquide fibrino-purulent. Le cœur était hypertrophié, le ventricule et l'oreillette droite dilatés. Sur le segment moyen de la valvule tricuspide, il y avait une végétation irrégulière destructive, greffée sur d'anciennes lésions valvulaires ; de petites végétations milliaires existaient sur les piliers. Le cœur gauche était indemne.

Les exsudats pleural et péricardique contenaient de nombreux gonocoques. Le liquide péricardique, les végétations de la valvule tricuspide et le sang du cœur donnèrent des cultures de gonocoques.

Ainsi le gonocoque peut passer dans la circulation générale et donner des déterminations endocarditiques et péricarditiques. Celles-ci sont, dans la plupart des cas, précédées ou accompagnées d'arthrites ; mais l'arthrite n'est pas un intermédiaire obligé entre l'urétrite et l'endocardite ; elle n'est qu'une des manifestations de l'infection gonococcique au même titre que l'endocardite.

L'endocardite est la plus fréquente des complications cardiaques de la blennorrhagie. Gurwich en a réuni 110 observations, dont 77 certaines. Les publications récentes ont apporté encore une douzaine de faits nouveaux. De toutes ces observations, 32 ont subi le contrôle de l'autopsie.

L'endocardite au cours de la blennorrhagie est due tantôt à une infection secondaire par le staphylocoque ou le streptocoque, tantôt à la localisation du gonocoque lui-même sur l'endocarde. Dans les observations de Thayer et Lazear, Thayer et Blumer, Dauber et Borst, Rendu et Hallé, Lenhartz, le gonocoque a été trouvé au niveau des lésions cardiaques et dans le sang de la circulation générale, caractérisé par la coloration, par les cultures, et même par l'inoculation à l'urètre de l'homme (Lenhartz).

L'endocardite gonococcique est une endocardite ulcéreuse et végétante, avec destruction et perforation des valvules, ou formations d'anévrysmes.

La localisation se produit dans 25 p. 100 des cas sur le cœur droit, ce qui est une forte proportion, comparativement à ce qu'on observe dans les autres variétés d'endocardite infectieuse. Les lésions de l'orifice aortique sont deux fois plus fréquentes que celles de l'orifice mitral.

Dans les 31 cas d'endocardite gonococcique avec autopsie, les lésions étaient réparties de la façon suivante :

Cœur gauche.	aortique. .	12	67,7 p. 100
	mitral . .	6	
	les deux. .	3	
Cœur droit. .	pulmonaire	7	25,8 p. 100
	tricuspide.	1	
Les deux cœurs.		2	6,4 p. 100

L'endocardite blennorrhagique a surtout été observée chez l'homme et chez des adultes. L'époque d'apparition est très variable ; elle peut survenir presque aussitôt après le début de l'urétrite, comme dans un cas de Prévost, ou ne se manifester que quelques semaines ou quelques années plus tard. Elle peut apparaître au cours de la première attaque ou d'une récidive d'urétrite blennorrhagique.

Le plus souvent elle se montre très grave, ce qui tient peut-être à ce que les cas bénins, n'ayant pas encore été suffisamment recherchés par les cliniciens, ont passé inaperçus. Les symptômes sont les mêmes que dans toute endocardite infectieuse. La durée de la maladie varie de dix jours à deux mois, et même jusqu'à six mois.

La péricardite blennorrhagique est beaucoup plus rare que l'endocardite. On n'en connaît guère que 17 cas, dont 7 vérifiés par l'autopsie Elle complique en général l'endocardite.

Dans quelques cas, on a pu retrouver le gonocoque à l'état de pureté dans l'exsudat ; dans les cas de Weckerlé et de Golz il y avait des infections associées.

L'épanchement peut être séro-fibrineux (Rendu), fibrino-purulent (Winterberg, Thayer et Lazear) ou hémorrhagique (Councilman).

La myocardite est souvent associée à l'endocardite blennorrhagique ; cependant elle peut exister sans endocardite, comme dans le cas de Councilman. On trouve dans le myocarde des foyers d'infiltration leucocytaire, des abcès emboliques, des zones de nécrose, parfois très étendues, et contenant des gonocoques comme dans le cas de Councilman. — E. L. M.

SÉROTHÉRAPIE

Valeur et durée de conservation du sérum antidiphtérique. — Les perfectionnements apportés dans le mode de préparation du sérum ont permis, ces dernières années, d'augmenter considérablement leur nombre d'unités antitoxiques ; mais la question de la conservation reste encore discutée. M. le Prof. Tavel (*Rev. Méd. Suisse romande*, janvier 1900), pense tout d'abord que le point le plus important est que le sérum reste stérile. L'adjonction d'antiseptiques (acide phénique, camphre), expérimentée en Allemagne, a le désavantage de faire perdre au sérum de sa valeur. Le procédé de filtration du sérum est difficile à appliquer et exige, en tout cas, une surveillance très minutieuse. La prise du sérum dans des conditions d'asepsie parfaite est un excellent moyen, d'ailleurs employé à Paris et à l'Institut de Berne. Le sérum, une fois obtenu aseptique, il s'agit de le conserver dans cet état et, en outre, de le mettre à l'abri, autant que possible, d'une diminution de valeur antitoxique. Ehrlich nous a appris que la diminution de valeur dépendait des 5 facteurs suivants : 1° l'oxydation ; 2° la lumière ; 3° la chaleur ; 4° l'hydratation ; 5° l'adjonction d'antiseptiques.

L'influence de l'hydratation est réelle, mais minime ;

Digitized by Google

mais l'influence de la chaleur, de la lumière et de l'oxydation sont importantes. MM. Tavel et Muller (*Centralbl. f. Bakteriologie* 1898), ont fait des expériences à ce sujet, en prenant du sérum dont la valeur était de 200 unités par CC.

Ce sérum était mis en présence d'un assez grand volume d'air, dans des ampoules scellées à la lampe aux deux extrémités. Au bout d'un mois et demi déjà, la valeur du sérum était descendue au-dessous de 100 et se maintenait au bout de 3 mois à peu près à cette valeur. En remplaçant l'air par de l'oxygène, la diminution est au bout d'un mois ce qu'elle est avec l'air au bout d'un mois et demi, et au bout de 3 mois, la valeur du sérum est descendue bien au-dessous de 100. Le remplacement de l'air ou de l'oxygène par de l'azote, de l'acide carbonique ou de l'hydrogène ne présente pas de grands avantages, la valeur du sérum diminue aussi.

L'influence de la lumière est moins dangereuse; au bout d'un mois, le sérum vaut encore plus de 100 unités et reste à ce taux encore au bout de quatre mois. Les diverses parties du spectre ont une action différente; la lumière diffuse, les rayons verts et bleus ont une influence néfaste, tandis que les rayons jaunes ont une action presque nulle.

L'influence de la température est très forte; à 37° 5, le sérum à 2 unités, n'en vaut plus que 100 à 150 au bout d'un mois, et au bout de 3 mois et demi, il est au-dessous de 100. La valeur diminue peu à une température au-dessous de 0. De 12 à 15, le sérum inclus dans les tubes à l'abri de l'air, garde sa valeur pendant un an, en moyenne, mais la perd, passé ce laps de temps.

L'inclusion du sérum dans des tubes fermés à la lampe, le préserve de toute infection ultérieure, et c'est elle que recommande le docteur Tavel. — M. D.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement du zona par l'acide picrique. — Après l'emploi de l'acide picrique contre les brûlures, dont nous avons parlé dans ce journal, cet agent thérapeutique a été essayé contre le zona Grâce à son pouvoir antiseptique, dit le Dr Delebecque (*Th. Paris*, 1899), il empêche on arrête les phénomènes inflammatoires qui peuvent exceptionnellement survenir au niveau des vésicules de l'herpès Zoster. Etant analgésique, il apaise les violentes douleurs névralgiques et calme le prurit intense du zona, il dispense de l'usage des opiacés et des autres calmants. Par ses propriétés kératoplastiques, il facilite la production du tissu épidermique et favorise ainsi la cicatrisation : les cicatrices sont douces, élastiques et remarquablement souples. L'acide picrique, en solution aqueuse saturée, ou en solution alcoolique au 1/10 et éthérée au 1/20 est incapable de provoquer le moindre accident du côté de la peau. Loin de provoquer des érythèmes, il les prévient et les guérit. Son efficacité est la même chez les enfants et chez les femmes ainsi que chez les personnes à peau moins irritable. Il est bon cependant d'en user avec précaution chez l'enfant. Le danger de la trop grande absorption et d'intoxication consécutive n'a pas à être redouté ici, car il s'agit de lésions limitées, et la surface d'absorption n'est jamais considérable. En présence d'un zona, ou pourra donc essayer l'emploi des pansements picriqués. — M. D.

Traitement des ulcères de jambe par les produits du bacille pyocyanique. — On s'est peu occupé jusqu'ici, et pour cause, de la flore bactérienne des ulcères de jambe: il semble à priori que le nombre des microbes doit en être infini. M. Iaroslaw Bukowski (*Ann. dermat. décemb. 1899*), s'est cependant attelé à cette tâche, et constata les faits suivants : Parmi les espèces de bactéries pathogènes les plus fréquemment rencontrées, figure en très grande proportion le bacille pyocyanique. Les autres microbes pathogènes constatés étaient : les staphylocoques, le streptocoque, le bacterium coli, le proteus, le pneumobacille de Friedlander. Il trouva également d'autres saprophytes qui disparaissaient rapidement par les seuls soins de propreté tandis que les bacteridies pathogènes pullulaient malgré l'emploi des antiseptiques les plus énergiques. On peut en induire qu'ils jouent un rôle dans la chronicité de l'ulcère.

Partant de ces données, M. Bukowski essaya d'employer les toxines du pyocyanique pour la cure des ulcères ; chez une centaine de malades dont les ulcères étaient plus ou moins anciens, plus ou moins étendus, plus ou moins compliqués; plus ou moins irrités par le traitement antérieur. Il y avait ou non en concomitance, des varices, de l'eczéma, de l'elephantiasis. Pendant le traitement, le malade gardant le lit, prenait un bain tiède tous les matins, suivi de l'application de la toxine liquide sous forme de compresses d'ouate hydrophile avec un pansement très léger. La compresse était changée 2 à 3 fois par jour.

Dans les cent cas où cette méthode fut appliquée, la guérison définitive s'est produite en peu de temps, sans qu'il eût été nécessaire de recourir à un autre procédé auxiliaire.

La toxine de bacille pyocyanique n'a pas d'effet sur l'état général. Au point de vue local, son application ne donne lieu à aucun symptôme subjectif; elle est, de plus, sans effet sur l'épiderme du voisinage, qu'il soit normal ou pathologiquement altéré. La toxine n'est pas préjudiciable aux éléments cellulaires des granulations, contrairement à certains antiseptiques qui, trop faibles pour détruire les bactéries contenues dans la granulation, sont cependant assez actifs pour détruire les granulations elles-mêmes.

L'action sur l'ucère se manifeste par la détersion qui survient lorsqu'il n'y a pas de complication, et qui est un peu plus lente dans les cas d'eczéma, de varices, de cicatrices, et d'élephantiasis. La toxine favorise l'épidermisation et permet la guérison de l'ulcère au moyen d'une cicatrice solide qui se produit plus rapidement qu'après l'application d'autres topiques. — S. R.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical de la tuberculose génitale. — Le traitement de la tuberculose génitale a passé par des phases diverses, et malgré les récentes discussions de la Société de chirurgie, l'entente est loin d'être faite entre les auteurs; cependant, quelques points sont bien établis qu'il importe de connaître, vu l'importance pratique de la question. Longuet vient de lui consacrer dans la *Revue de chirurgie* un excellent travail auquel nous ferons de nombreux emprunts.

Entre les mains de Malgaigne, la thérapeutique de cette affection fut d'abord conservatrice; Bérard réséquait les noyaux tuberculeux, Cooper pratiquait l'épididymectomie partielle; Verneuil, Chassaignac conseillaient les opérations conservatrices.

Dans une seconde phase, les chirurgiens sont beaucoup plus radicaux, c'est à la castration qu'ils donnent la préférence. Ils la considèrent comme une opération très légitime puisqu'elle est bénigne, supprime le mal, enlève un organe dont la fonction est perdue, empêche l'envahissement de la prostate et des vésicules séminales.

Depuis quelques années, un revirement s'est opéré et c'est à la thérapeutique conservatrice que s'est ralliée la majorité des chirurgiens, mais quelques points les divisent encore. En effet, tandis que certains, avec Reclus, Championnière, Routier, Bazy, Michaux, Th. Anger, Tillaux, se bornent au traitement médical seul ou avec quelques nettoyages au thermocautère, d'autres, avec Quenu, Duplay, Humbert, Lejars, Delbet, conseillent d'opérer dès que la tuberculose est constatée, mais de n'enlever que les parties malades. En somme trois méthodes de traitement sont en présence: le traitement médical, la castration, la résection partielle. Quelle est la valeur de chacune, quelles en sont les indications et les contre-indications?

Le *traitement médical* simple donne d'excellents résultats orsqu'il est bien dirigé; Reclus, qui le conseille, en a obtenu plusieurs guérisons. Il consiste à traiter l'état général (suralimentation, toniques, reconstituants, huile de foie de morue, eaux chlorurées sodiques, climat marin, etc.). Ce traitement ne doit donc pas être rejeté, mais, sa lenteur, son peu de sécurité, lui feront préférer dans beaucoup de cas le traitement local, aussi bénin, mais plus rapide et plus sûr. Même dans ce cas il reste indiqué à titre d'adjuvant.

La *castration*, méthode radicale, a paru supérieure à quelques chirurgiens qui ont justifié leur préférence par plusieurs arguments. D'abord elle ne laisse pas de fistules, mais ce n'est pas constant. La glande, disent-ils alors, étant perdue pour la fonction génitale, il est donc rationnel de l'extirper totalement; mais ils oublient que le testicule possède une autre fonction de sécrétion interne qu'on supprime du même coup, ce qui explique les accidents post-opératoires souvent sérieux. Ils objectent alors que ces accidents sont des phénomènes de suggestion puisque l'opération étant unilatérale, le testicule opposé peut suppléer et que de plus le parenchyme étant en partie détruit ne sécrète plus. D'où l'idée de remplacer le testicule par un corps étranger aseptique (testicule moral); malheureusement, cela n'a pas empêché les malades de devenir des déséquilibrés, des neurasthéniques. D'autre part, le testicule opposé non seulement ne supplée pas, mais il peut être atteint à son tour, et enfin un testicule en partie détruit présente des portions saines qui sécrètent, cela suffit à condamner la castration précoce.

Les partisans de la castration prétendent que cette opération est prévoyante, en ce sens qu'elle empêche l'envahissement bacillaire: mais la tuberculose a déjà envahi l'arbre génital avec localisation plus intense et plus avancée sur l'épididyme et le testicule, témoins les récidives au niveau du moignon et du canal déférent, les manifestations du côté de la prostate des vésicules et du testicule opposé.

En outre, la castration n'est pas une méthode radicale, puisqu'on observe des récidives.

La *résection partielle*, qui a pour but d'enlever les parties malades en laissant l'organe, n'a pas la prétention d'être complète et d'enlever tout le mal, seulement, elle est d'une bénignité incontestable et les succès qu'elle a donnés jusqu'à ce jour sont très encourageants. On a objecté qu'elle laissait des tissus malades, cela est vrai, mais on a observé qu'après ces interventions, ils s'entouraient de tissu fibreux. La méthode conservatrice sanglante est donc la méthode de choix dans le traitement de la tuberculose testiculaire.

Mais il est des cas particuliers avec des indications et des contre-indications spéciales, naissant du degré des lésions, de l'atteinte de l'état général.

Chez les phtisiques avancés, la tuberculose génitale n'est qu'un épiphénomène, aussi ne devra-t-on pas intervenir; si la phtisie est moins avancée il y aura avantage à opérer.

Dans la tuberculose génitale aiguë, qu'on observe surtout chez l'enfant, les uns conseillent la castration précoce, d'autres s'abstiennent de toute intervention; en réalité, quoi qu'on fasse dans ces cas, on a peu de chances de succès.

Dans la tuberculose chronique au début, avec un ou plusieurs noyaux bacillaires, l'indication est formelle, il faut les extirper.

Dans la tuberculose chronique en masse (forme fibreuse de Quenu), l'épididyme et le déférent forment une masse qu'il faut enlever comme une tumeur.

Lorsque les noyaux sont ramollis ou en voie de suppuration, s'il y a une poussée subaiguë, il faut attendre et n'intervenir qu'à froid, mais alors l'intervention est moins favorable, elle consiste à traiter les foyers comme des abcès tuberculeux, incision, curettage, grattage de la paroi, modification par l'action locale du thermocautère, de la curette, du chlorure de zinc ou de l'ébouillantement.

En cas de fongus tuberculeux, il ne faut pas faire la cas-

Digitized by Google

tration, mais procéder à l'ablation des fongosités. Les fistules seront excisées et curettées.

Pour les noyaux fibreux, dits de guérison, Reclus les laisse, Quenu préfère les extirper parce qu'ils peuvent se réchauffer.

Il reste donc une bien petite place pour la castration qui ne sera en somme que la dernière ressource ; elle convient, comme le dit Malgaigne, « quand le testicule est tellement dénaturé et détruit par la fonte des tubercules, les lésions correspondantes tellement criblées d'ulcères et de fistules qu'il n'y aurait plus moyen d'en espérer la cicatrisation sans l'instrument tranchant ».

La méthode conservatrice comprend plusieurs opérations dont nous devons maintenant exposer la technique, ce sont : l'énucléation ou épididymectomie partielle, l'épididymo-déférentectomie typique, l'épididymo-déférentectomie avec curettage et modification de la membrane tuberculogène.

Toutes ont le double but d'enlever les parties malades et de conserver la glande et ses éléments vasculo-nerveux.

1° Enucléation ou épididymectomie partielle. — Pratiquée par Bérard, puis par Quenu, elle est indiquée dans la tuberculose au début et dans les cas de tubercules fibreux dits de guérison. On peut inciser soit en arrière (voie postérieure, extravaginale), soit en avant (voie endovaginale). Dans l'incision postérieure le scrotum étant *relevé on* fait saillir le noyau et l'on incise les téguments *jusqu'à* la capsule. L'avantage de cette voie est de profiter des adhérences établies entre les feuillets de la vaginale qu'on n'ouvre pas et qu'on ne risque pas d'inoculer.

La voie antérieure, au contraire, expose la séreuse aux inoculations tuberculeuses, mais en revanche elle donne des renseignements beaucoup plus précis sur l'état de l'épididyme et du testicule.

Quelle que soit l'incision, le ou les nodules tuberculeux sont extraits par pression ou par décollement avec un instrument mousse ; le noyau enlevé, la capsule est curettée et cautérisée au chlorure de zinc. Si l'on incise en avant, on peut couper en tissu sain et enlever le noyau et sa capsule, on évite tout danger d'inoculation et l'on favorise la réunion par première intention. Enfin la loge est fermée par plusieure points au catgut et la peau est suturée. C'est une opération extrêmement simple, pour laquelle l'anesthésie locale est suffisante, et qui a donné d'excellents résultats.

2° Epididymo-déférentectomie typique. — Malgaigne le premier réalisa à peu près cette opération, mais c'est Bardenheuer qui en précisa la technique et en montra toute la valeur.

L'épididymectomie trouve une indication précise dans les épididymites massives encore solidifiées. La déférentectomie s'adresse aux déférentites massives ou avec noyaux multiples. Quant à la vesiculectomie isolée, pratiquée pour la première fois par Gueillot, ses indications ne sont pas encore bien établies.

Comme précédemment, l'incision peut être antérieure ou postérieure. Si l'on incise en arrière, ce sera directement sur la tumeur, et sur une assez grande étendue. La tumeur mise à nu, on libère sa périphérie à l'aide du bistouri en évitant d'ouvrir le foyer tuberculeux.

La voie transvaginale ou antérieure permet de sortir le testicule et de l'explorer, d'exciser la vaginale si elle est malade, d'éviter les organes vasculo nerveux qu'on a sous les yeux. La masse tuberculeuse est excisée comme une tumeur en commençant indifféremment par la tête ou par la queue ; il faut redoubler d'attention au niveau du bord interne de l'épididyme où se trouvent les éléments vasculaires. On termine par la suture de l'albuginée au catgut, puis de la peau au crin.

La guérison est presque la règle et si l'on n'obtient pas toujours la réunion immédiate, la réunion secondaire ne laisse pas toujours ces fistules intarissables qu'on lui a reprochées.

La *déférentectomie totale* peut être faite par voie inguinale ou périnéale ou par les deux voies combinées.

Dans le premier cas, on incise le long du canal inguinal comme pour une hernie, on isole le déférent qu'on poursuit le plus loin possible vers sa terminaison ; pour cela il faut inciser le canal inguinal et décoller le tissu cellulaire sous-péritonéal et tirer le déférent ; on arrive ainsi jusque sur la vésicule. Il faut veiller à l'artère déférentielle dont l'hémostase n'est pas toujours facile si on la sectionne.

On reproche à cette méthode la profondeur du champ opératoire, l'ouverture du péritoine, la rupture et l'arrachement du canal déférent, mais elle a l'avantage de permettre d'enlever tout, vésicule comprise, par une seule voie.

Par la voie périnéale, on arrive plus sûrement sur la vésicule ; plusieurs incisions ont été proposées, antero-postérieure (Roux), circulaire, encerclant l'anus (Gueillot), incision en Y (Baudet), mais toutes ne sont pas très aisées.

La grande objection faite à la voie périnéale, c'est qu'elle ne permet pas une opération complète et qu'elle oblige à recourir à la voie inguinale pour achever l'opération. La vésicule, une fois découverte, est libérée, isolée, puis arrachée, mais on doit éviter de la morceller, à cause du danger d'inoculation.

On terminera par la réparation du canal inguinal, comme dans une cure radicale de hernie, ou du périnée, mais, dans ce dernier cas, il sera prudent de drainer, à cause du voisinage de l'anus.

Cette opération n'a pas été pratiquée un nombre de fois suffisant pour qu'on en puisse déterminer la valeur exacte.

3° Epididymotomie et traitement des abcès. — On se propose ici de nettoyer les foyers tuberculeux et de modifier la membrane tuberculogène. Ce mode de traitement est indiqué dans la tuberculose ramollie et suppurée, fistuleuse ou non.

On va à la recherche des abcès par la voie postérieure, vers laquelle ils évoluent presque toujours ; on évacue l'ab-

Digitized by Google

cès au bistouri ou aux ciseaux, puis on curette le foyer aussi complètement que possible; on termine en cautérisant les parois, soit au thermocautère, soit au chlorure de zinc : Quenu vante les bons effets de l'ébouillantement.

On termine, à l'exemple de ce dernier auteur, en marsupialisant le foyer à la pean, et l'on panse la cavité avec une mèche de gaze iodoformée.

Ce traitement donne parfois des résultats inespérés dans des cas qui, tout d'abord, auraient pu paraître justiciables d'une opération plus large, la castration.

Cette dernière, on le voit, d'après ce qui précède, n'a plus que des indications bien restreintes, elle est devenue une méthode d'exception, aussi n'insisterons-nous pas sur sa technique. Elle sera faite par voie scrotale, ou comme le conseille Félizet, par une incision prépérinéale. J. H. M.

PATHOGÉNIE

Pathogénie de l'œdème pulmonaire aigu consécutif à la ponction des épanchements pleuraux. — L'expectoration albumineuse après la ponction des épanchements pleuraux est un accident heureusement rare, mais d'une telle gravité qu'il faut toujours se mettre en garde contre son apparition. Or comme toute bonne thérapeutique doit être pathogénique, toute notion pathogénique nouvelle possède une valeur pratique. Précisément le Dr Ortner attire notre attention sur un facteur sinon nouveau, du moins insuffisamment étudié jusqu'ici.

Tout le monde est d'accord sur le fait que l'œdème aigu résulte d'une distension rapide et d'une perméabilité exagérée des vaisseaux pulmonaires, décomprimés après une longue compression par l'épanchement. Mais pourquoi se laissent-ils distendre ? Deux cas que Ortner a observés en 1892 et en 1893, lui permettent de répondre : il existait chez les deux sujets des adhérences pleuro-péricardiques et de la sclérose du médiastin. Cette périviscérite thoracique a empêché les organes refoulés à gauche de revenir vers la droite où l'on avait ponctionné; ils ne purent donc pas faire tampon sur le poumon droit et venir ainsi à son secours contre les flots de sang qui l'envahissaient subitement (*Wiener Klin. Wochenschrift*). Les observations d'œdème pulmonaire de ce genre, publiées par Béhier, Liouville, Foucart (th. Paris 1895), Dieulafoy, Terillon, celles de Scriba, Leichtenstern, Rosenbach, Gerhardt, et surtout celles de Kovacs présentent toutes la même particularité, savoir d'être survenues chez des sujets atteints de médiastinite, de symphyse pleurale ou péricardique du côté opposé à la ponction.

Conclusion : si nous avons à ponctionner des épanchements chez des sujets atteints de périviscérite thoraciqne, suivons les préceptes de Béhier qui ne voulait pas soustraire plus de 200 à 300 gr. de liquide en une fois, et qui préconisait des évacuations partielles faites après un intervalle suffisant pour permettre la dilatation graduelle du poumon. — Bd.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Localisation, élimination et origine de l'arsenic chez les animaux. — M. A Gautier. a recherché par un procédé d'analyse extrêmement sensible la présence de l'arsenic dans la plupart des tissus et humeurs de l'organisme et est arrivé aux conclusions suivantes.

Si l'on range les tissus, organes et secrétions où l'on trouve ce matalloïde, suivant l'ordre de leur richesse décroissante en arsenic, on obtient le tableau suivant :

Arsenic en milligrammes pour 100 gr. d'organe frais.

Glande thyroïde	0 millig. 75
Glande mammaire. . . .	0 millig. 13
Cerveau	Quantité très variable ou nulle.
Thymus	Quantité très sensible non dosée.
Poils, cheveux et cornes.	Traces décroissantes.
Peau	
Lait.	
Os	

Le foie, les reins, les muscles, les testicules, la substance seminale, le pancréas, les muqueuses, le tissu cellulaire, les lymphatiques, l'estomac, les intestins, les glandes salivaires, les urines, le sang n'en contiennent aucune trace.

Les matières fécales, retenues dans le tube digestif, ne contiennent qu'une dose absolument inappréciable d'arsenic.

De ces dernières constatations, il suit que c'est par la peau, les poils, cheveux, ongles et autres produits épidermiques que s'élimine en grande partie l'arsenic. Une trace, insensible pour les 24 heures, s'échappe aussi avec les produits de la digestion intestinale.

Quelles sont les sources de l'arsenic que nous éliminons sans cesse par les produits épidermiques, en faible quantité ?

Quelques aliments végétaux nous fournissent des traces d'arsenic : le navet, le choux, la pomme de terre et probablement quelques céréales poussées sur les terrains pyriteux. A cette liste il faut ajouter quelques aliments d'origine animale où l'arsenic a été constaté : lait, thymus, peau et cerveau en quelques cas.

Au point de vue medico-légale, la présence normale de l'arsenic dans la thyroïde la glande mammaire et le thymus ne doit pas être oubliée; on ne trouve le métalloïde en quantité appréciable que dans ces organes seulement; s'il existe dans d'autres sous forme de traces pondérables, c'est qu'il y a été introduit pendant la vie dans un but médicamenteux ou crimi nel. — (5 *février*).

Digitized by Google

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Etude de la perméabilité rénale à l'aide du bleu de méthylène. — MM. Achard et Clerc. On sait que cette exploration clinique de la fonction rénale est fondée sur le principe suivant : imposer au rein un travail éliminateur bien déterminé et rechercher comment il s'acquitte de cette tâche. Il importe donc d'étudier le moment où la matière colorante (cinq centigrammes de bleu de méthylène injectés sous la peau) apparaît dans l'urine, la durée de son élimination, la quantité qui s'élimine dans les 24 heures, et si possible, la quantité qui s'élimine ensuite, jusqu'à disparition complète de la substance colorante.

Le moment d'apparition du bleu de méthylène dans l'urine est le renseignement qu'on peut le plus rapidement obtenir ; il en est de même de la durée de son élimination.

Le taux de l'élimination pendant les 24 premières heures atteint à l'état normal de 25 à 30 milligrammes.

Dans certaines albuminuries, on peut observer un taux normal d'élimination ; ces faits montrent que si la perméabilité rénale se maintient au cours de certaines lésions des reins, il ne s'ensuit pas que ces organes fonctionnent bien. Inversement bien des malades dont la perméabilité rénale est diminuée, vivent sans en éprouver de troubles bien prononcés. C'est ce qui s'observe dans la néphrite interstitielle, maladie essentiellement insidieuse dans son développement et qui peut exister à un degré assez avancé, *tout en restant* relativement bien tolérée.

Les fonctions rénales dans les états urémiques. — M. Widal. On s'accorde à reconnaître que la néphrite parenchymateuse et que la néphrite interstitielle sont, à leur origine, différentes par leur étiologie, par la topographie de leurs lésions et par certains caractères de leur évolution clinique. Avec le temps, ces lésions interstitielles et épithéliales peuvent cependant s'intriquer de telle façon que souvent elles finissent par créer un tableau symptomatique identique dans les deux formes.

Si les phénomènes urémiques s'observent plus fréquemment dans la néphrite interstitielle que dans la néphrite parenchymateuse, il n'en est pas moins vrai qu'au début et au cours de la néphrite épithéliale pure, on peut observer les symptômes de l'urémie proprement dite, et cela alors même que les reins présentent une perméabilité normale au bleu de méthylène injecté suivant le procédé de MM. Achard et Castaigne. La physiologie pathologique ne s'accorde donc pas encore avec la clinique pour établir une dichotomie radicale entre les différentes formes de néphrite.

Dans les néphrites interstitielles, qui sont de beaucoup les plus fréquemment observées, la perméabilité est diminuée par le bleu de méthylène. Les principaux facteurs de l'anomalie sont le retard dans l'apparition de la matière colorante et le prolongement de son émission.

Dans les néphrites purement parenchymateuses, au contraire, M. Bard a le premier montré que la perméabilité au bleu de méthylène restait normale et pouvait même être exagérée.

Les troubles de l'élimination du bleu dans les néphrites ne sont proportionnels ni au degré de la lésion rénale, ni à l'intensité des symptômes urémiques. Tel malade atteint de néphrite interstitielle, en proie à des accidents de grande urémie mortels à brève échéance, peut ne présenter qu'un retard et un prolongement relativement modéré de l'élimination du bleu ; tel autre ne souffrant que de petits accidents urémiques, tout prêts à subir une rétrocession rapide, présentera des troubles de l'élimination du bleu portés au maximum.

M. Merklen. — L'analyse chimique des urines est actuellement le meilleur moyen que nous ayons à notre disposition pour nous rendre compte du fonctionnement du rein et des troubles de l'élimination urinaire, quand simultanément on observe la diminution du volume des urines et de leur densité, du chiffre de l'urée, on en conclut avec raison à l'existence d'une imperméabilité rénale croissante, prodromique ou contemporaine d'accidents urémiques. Il ne semble pas que l'étude de la perméabilité rénale, par le bleu de méthylène, donne en clinique des résultats aussi concordants sur le degré d'insuffisance rénale, ni sur la menace ou la pathogénie des accidents urémiques.

Traitement du tétanos par le sérum antitoxique. — MM. A. Petit et Merklen rapportent 3 cas de tétanos traumatique guéri par les injections de sérum antitoxique.

La récolte du suc gastrique animal. — M. Launois. (Voir cette communication *in extenso* page 101). *(2 février.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Kyste dermoïde de l'orbite. — M. F. Lagrange, de Bordeaux, rapporte deux cas de kyste dermoïde de l'orbite, observés l'un chez un sujet de 8 ans, l'autre chez un homme de 59 ans ; ils étaient caractérisés par une petite poche, de la grosseur d'une noisette, logée dans l'épaisseur de la paupière, mobile sous la peau et sur les parties profondes, réductibles par la pression dans l'orbite, mais se reproduisant dès qu'on cessait la compression. Ces tumeurs étaient pédiculées ; il fut donc facile de les enlever par la dissection ; la guérison, très facile dans le premier cas, fut plus longue dans le second, et entravée par des troubles trophiques de la cornée, observés à la suite de la section des nerfs ciliaires. Le contenu de ces kystes était celui des kystes dermoïdes : sebum, graisse et poils en assez grand nombre ; leur paroi interne était tapissée par un épithélium pavimenteux.

Appendicite avec péritonite. — M. Tuffier fait un rapport sur une observation de M. Jeanne, de Rouen. Il s'agit d'une fillette de 11 ans qui fut envoyée à l'hôpital, atteinte depuis trois jours de symptômes analogues à ceux de l'occlusion intestinale, mais en réalité offrant tous les signes d'une péritonite aiguë. M. Jeanne fit la laparotomie, trouva du liquide louche dans tout l'abdomen et un appendice perforé à son extrémité libre. L'enfant succomba 8 heures après.

Digitized by Google

A ce propos, l'auteur étudie les signes différentiels de l'occlusion intestinale et de la péritonite aiguë, qu'on ne saurait trop avoir présents à l'esprit. Notons d'abord que la péritonite aiguë s'accompagne de signes d'occlusion : vomissements, absence de gaz et de matières fécales : les signes différentiels sont dans la péritonite la sensibilité extrême du cul-de-sac recto-vésical ou recto-utérin, la persistance de la contractilité intestinale dans l'occlusion, son absence dans la péritonite. Ce signe a une valeur moindre, car les contractions, qui témoignent de la lutte de l'intestin contre l'obstacle, peuvent manquer dans l'occlusion — si bien que si ce signe a une valeur quand il existe, son absence ne permet pas de conclure.

Des para-appendicites. — A. Bazy signale un certain nombre de cas qui, quoique ressemblant cliniquement à l'appendicite, n'appartiennent pas à cette affection. Telles sont certaines adénopathies rétro-cœcales ou rétro-coliques, en rapport avec des lésions du cœcum ou du gros intestin, qui simulent à s'y tromper l'appendicite aiguë ou chronique.

M. Nimier. Certaines épiploïtes aiguës, à point de départ appendiculaire ou cœcal, peuvent donner lieu aux mêmes erreurs d'interprétation. Toutefois, la laparotomie, indiquée dans ces cas, fait reconnaître la véritable nature du mal. *(7 février.)*

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

M. Huchard, à l'occasion de la mort de M. le Dr Ch. Bovet, membre titulaire de la Société, s'exprime en ces termes (*7 février 1900*) :

J'ai le triste devoir de vous apprendre une malheureuse nouvelle : la mort aussi soudaine qu'imprévue du Dr Charles Bovet, membre titulaire de la Société de Thérapeutique depuis 1889.

Hier encore, à la dernière séance, notre laborieux et regretté collègue, toujours très assidu à nos discussions, nous entretenait du résultat important de ses recherches, poursuivies sans relâche depuis plus de deux années, sur la *nucléose alimentaire*, au point de vue de son action physiologique et thérapeutique. Quoique le président d'une société, savante ou autre, doive prendre parti le moins possible dans un débat, je n'ai pas cependant hésité à venir apporter le témoignage sincère des observations très concluantes recueillies à ce sujet dans mon service d'hôpital. Pour donner suite à sa communication, notre regretté collègue devait, aujourd'hui même, se défendre contre l'idée qu'il s'agissait d'un remède secret, et déposer une note dont voici le sens, sinon les termes exacts :

« Les mots » *nucléose* » ou « *nucléo-peptone* » peuvent être impropres ; je n'en ai pas trouvé jusqu'ici de meilleur. Mais j'ai nettement indiqué la valeur thérapeutique de ce produit, laquelle est basée sur des faits indiscutables, sa composition, son procédé d'extraction, ne voulant en aucune façon insister sur le « tour de main » du mode de préparation, parce que j'estime inutile et dangereux de livrer aux Etrangers le fruit de nos travaux et de nos recherches. »

Je me permets d'ajouter que notre malheureux collègue avait raison ; et, quand tout est permis en France aux Allemands, qui nous inondent de leurs produits industriels sous ces noms sonores auxquels je faisais allusion dans mon discours présidentie time que quelque chose peut être permis en France aux Français, menacés sans cesse par une concurrence peu scrupuleuse. Se défendre contre cette invasion d'un nouveau genre, c'est donc faire à la fois œuvre scientifique et patriotique. Nous tous, qui n'hésitons pas et ne pouvons pas hésiter à prescrire et à vanter, quand ils le méritent, les produits d'origine étrangère, nous avons le devoir d'encourager les trop rares tentatives de production française qui peuvent se présenter.

Notre collègue, attachant une importance très grande à l'accueil fait à ses recherches consciencieuses, et se sentant très fatigué, avait été, dès le lendemain de notre dernière séance, à Autun, pour se reposer et voir sa vieille mère de 80 ans atteinte d'influenza. Avec des préoccupations incessantes et un peu exagérées sur sa santé, préoccupations qui avaient sur son visage un certain reflet de tristesse et d'inquiétude, il devenait, en raison surtout de l'état considérable de dépression morale dans lequel il se trouvait plongé, une proie facile pour la grippe infectieuse, et en moins de huit jours, l'œuvre néfaste de la mort était accomplie. De Nice où j'étais alors accidentellement, je ne pus arriver que pour assister aux obsèques et prononcer ces quelques paroles sur sa tombe :

« Au nom de la Société de Thérapeutique, où notre cher et regretté collègue s'est distingué par des travaux importants et estimés, qui contribueront à conserver sa mémoire, je viens apporter ici l'hommage sincère et ému de nos regrets, dire à notre collègue un éternel adieu ou plutôt un triste au revoir. »

Oui, certes, les travaux de Bovet sont aussi importants qu'estimés, et parmi eux, il convient de distinguer deux trouvailles qui resteront : *Les biscottes à la légumine*, qui rendent et rendront encore longtemps de grands services dans la médication alimentaire des affections digestives ; *La nucléopeptone*, dont j'ai pu apprécier les excellents effets, et qui est appelée au succès thérapeutique le mieux justifié.

Bovet était l'un de ces modestes et silencieux travailleurs qui arrivent, sans titres officiels, à se créer une position des plus honorables, grâce à leur incessant labeur, à leur probité scientifique et industrielle indiscutée. A ces hommes courageux, qui doivent tout à leur travail, à leur persévérance, à leur foi dans l'avenir, en l'absence des situations officielles facilitant toujours la marche dans la vie, on doit aide et encouragement avec l'hommage de notre profonde estime.

La Société de Thérapeutique voudra s'associer tout entière à la manifestation de ces regrets sincères et mérités ; elle voudra unanimement adresser à la courageuse, à la vaillante, à la noble compagne de son existence, l'expression émue de ses douloureux regrets, de sa vive et très respectueuse sympathie, de son constant intérêt pour ses chers enfants, auxquels est laissé un bon héritage d'honnêteté scientifique et professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

Etude anatomique sur l'insertion vicieuse du placenta, par Champetier de Ribes et Varnier. (Chez Steinheil.)

Les auteurs font une étude analytique de l'insertion vicieuse du placenta, basée sur l'observation d'une multipare morte à la fin de la grossesse ; le cadavre fut congelé et les auteurs firent de nombreuses coupes, dont ils donnent la description détaillée. En plus des six figures trouvées dans le texte, ce travail est accompagné de 7 planches hors texte, en phototypie (grandeur naturelle), qui sont d'une exécution remarquable et qui seront très utiles à consulter pour l'étude de l'insertion vicieuse du placenta, encore bien incomplète.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAESER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

Les collyres liquides

Par le Dr Trousseau
Médecin de la Clinique des Quinze-Vingts

On appelle collyres, d'une façon générale, tous les topiques portés directement au contact du globe oculaire ou des culs-de-sac conjonctivaux; les poudres, telles que le calomel, l'iodoforme, peuvent, d'après cette définition, être dénommées collyres secs, les pommades, telles que la pommade composée de vaseline et d'oxyde jaune de mercure, collyres mous. Mais, l'usage a prévalu de réserver le nom de collyres aux seules solutions médicamenteuses qu'on instille dans l'œil au moyen d'un compte-gouttes.

Le véhicule le plus usité est l'eau stérilisée. M. le Pr Panas a récemment préconisé la substitution à l'eau de l'huile purifiée, sans que la majorité des ophtalmologistes ait paru le suivre dans cette voie.

Je ne saurais trop insister sur la nécessité d'avoir des collyres préparés avec une parfaite asepsie, qu'il s'agisse de les employer au moment d'une opération, dans la période post-opératoire ou dans le traitement d'une maladie oculaire.

De toute évidence, l'infection opératoire peut être provoquée par l'instillation d'un collyre non stérile. *Dans* l'opération de la cataracte, l'instillation d'un collyre douteux à la cocaïne, faite dans le but d'anesthésier la cornée, peut engendrer la suppuration du lambeau cornéen ou tout au moins favoriser l'éclosion de ces iritis ou irido-choroïdites consécutives, qui ne sont, en somme que des infections minima de l'œil.

On voit, parfois, apparaître, 4 à 5 jours, après l'opération, alors que l'œil n'offre aucune trace de réaction, que la plaie est cicatrisée et que la chambre antérieure est reformée, des inflammations de l'iris qui succèdent aux instillations d'atropine qu'on a coutume de prescrire à ce moment pour éviter justement l'iritis et ses conséquences occlusives pour la pupille. Dans ces cas, la solution instillée peut être incriminée à juste titre.

Nous savons que dans la plupart des traumatismes oculaires, l'œil peut être préservé s'il ne s'infecte pas; aussi, apportons-nous tous nos soins à faire de larges irrigations avec les antiseptiques les plus puissants et à protéger le globe par un pansement aseptique méticuleusement confectionné. N'est-il pas tout aussi urgent de n'instiller un collyre que d'une absolue probité.

Que l'on ait à traiter longtemps un glaucome par l'ésérine, une kératite par l'atropine, on ne tarde pas à voir survenir des phénomènes locaux d'intolérance, tels que conjonctivite folliculaire, érythème ou eczéma des paupières, si l'on n'a eu soin de s'assurer de la pureté du collyre employé et aussi de celle du compte-gouttes.

On ne doit donc se servir que de collyres et de compte-gouttes rigoureusement aseptiques.

Pour assurer la stérilisation des collyres, on a proposé d'y incorporer de l'acide borique, tout à fait inefficace ou du sublimé qui offre le grand inconvénient de précipiter les alcaloïdes. Il est beaucoup plus simple d'obliger le pharmacien à stériliser la solution dans l'autoclave à 120° et à remplacer les bouchons de liège par des bouchons de verre. J'ai toutefois fait remarquer à M. Leclerc qui m'a souvent livré des solutions ainsi présentées que les flacons munis de bouchons de verre devenaient presque impossibles à ouvrir; aussi celui-ci a-t-il imaginé un autre système de fermeture qui remplit aussi bien les conditions d'asepsie : le bouchon de verre est muni d'une rondelle de caoutchouc, le serrage se fait à l'aide d'une bande métallique qui vient se fixer à un collier placé autour du goulot du flacon.

Ces précautions assurent bien la stérilité du collyre pour les premières heures de son emploi et c'est là un fait capital au point de vue opératoire, mais les jours suivants les contacts de l'air, du compte-gouttes, etc., peuvent en atténuer la pureté.

Pour éviter, autant que faire se peut, cet inconvénient, on ne devra prescrire les collyres qu'en petite quantité (flacons de 5 gr. au plus), ne jamais rejeter dans la petite bouteille ce qui reste de liquide dans le compte-gouttes après l'instillation et ne se servir que de compte-gouttes très nets.

Je me sers d'un compte-gouttes placé dans un tube en verre dont le bouchon est solidement ficelé et est porté à l'autoclave à 120°. — Après chaque instillation, l'instrument est lavé avec la liqueur de Van Swieten et replacé immédiatement dans son tube protecteur.

Pour instiller un collyre, il faut renverser en arrière la tête du malade, entr'ouvrir légèrement avec l'index de la main gauche la paupière inférieure en invitant le patient à regarder en haut et presser sur l'ampoule du compte-gouttes, dont l'extrémité ne doit toucher ni l'œil, ni les cils, avec le pouce et l'index de la main droite. — Dans quelques cas le malade résiste et on a de la difficulté à vaincre le spasme qu'il oppose, on se bornera alors à placer dans l'angle interne, préalablement lavé avec un tampon d'ouate imbibé de sublimé, le liquide qui, si on maintient la tête renversée, ne tardera pas à pénétrer dans l'œil, le patient abandonné à lui-même cherchant naturellement à entr'ouvrir ses paupières, — Ceci ne doit être qu'un procédé d'exception. — Règle générale, il est préférable d'instiller les

Digitized by Google

collyres dans le voisinage de l'angle externe, la tête penchée sur l'épaule de façon à ce que la solution ne pénètre pas dans les voies lacrymales et de là dans la gorge où, avalée, elle ne tarderait pas à amener des phénomènes toxiques généraux, comme cela arrive souvent avec l'atropine (sécheresse de la gorge, vertiges, hallucinations, etc.). On peut encore mettre le doigt sur le sac lacrymal au moment des instillations et engager le malade à cracher au même instant au lieu d'avaler sa salive.

On divise les collyres en : anesthésiques, caustiques ou astringents, mydriatiques et myotiques.

Pour amener l'anesthésie de l'œil, on se sert de collyre à la cocaïne ainsi formulé :

Eau	5 grammes
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 25

Il suffit d'en mettre 2 ou 3 gouttes directement sur la cornée pour obtenir au bout de 3 à 5 minutes le résultat souhaité.

L'emploi des collyres caustiques ou astringents est très rarement indiqué à cause de l'irritation de la douleur, des escharres qu'ils amènent et de la difficulté de doser leur action. Le nitrate d'argent à 2 0/0 ne doit être employé que régulièrement étalé sur la muqueuse au pinceau ; le sulfate de zinc doit être réservé pour combattre de très anciennes conjonctivites rebelles ; l'acétate de plomb est très dangereux puisqu'il peut laisser sur la cornée des incrustations indélébiles.

Je me sers parfois d'un collyre qui me semble devoir remplacer avantageusement les astringents usités jusqu'ici dont il n'a pas les inconvénients et qui offre l'avantage de posséder une action antiseptique :

Eau.....	5 grammes
Chlorure de zinc	0 gr. 01

On peut s'en servir aux lieu et place du sulfate de zinc.

Les mydriatiques les plus employés sont l'atropine et la duboisine.

Eau.....	5 grammes
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 03

L'atropine est le médicament le plus actif pour combattre l'iritis et certaines formes de kératite à vive réaction à la dose indiquée ci-dessus et peut être instillé deux à quatre fois par jour (1 à 2 gouttes chaque fois).

On lui substitue parfois la duboisine (0,02 centigrammes pour 5 grammes).

Il ne faut pas prescrire les mydriatiques, surtout l'atropine, à tort et à travers et ne jamais oublier que des instillations intempestives de cet alcaloïde sur des yeux prédisposés peuvent déterminer une attaque de glaucome.

Deux collyres myotiques sont généralement employés dans les ulcères de la cornée et surtout dans le glaucome : l'ésérine et la pilocarpine.

Eau.....	5 grammes
Salicylate d'ésérine	0 gr. 03

A instiller 2 à 4 fois par jour.

L'ésérine est souvent mal supportée et amène des douleurs névralgiques ou de l'irritation conjonctivale, aussi lui substitue-t-on volontiers la pilocarpine,

Eau.....	5 grammes
Nitrate de pilocarpine.....	0 gr. 10

un peu moins active mais dont l'instillation peut être répétée plus souvent et continuée pendant des mois sans inconvénients.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

La Balnéation dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants (1)

par le Dr E. Ausset, *professeur agrégé*,
chargé de la clinique infantile à l'Université de Lille

La gravité de la fièvre typhoïde est, a-t-on dit maintes fois, beaucoup moindre que chez l'adulte. Cette proposition est vraie, si l'on étudie les faits pris dans leur ensemble; mais quand on y regarde d'un peu plus près, on est parfois surpris de trouver des séries de cas où la gravité surpasse au contraire de beaucoup celle de la fièvre typhoïde des adultes, C'est que cette gravité dépend surtout de l'âge des petits malades, et si la mortalité globale est souvent moindre dans l'enfance qu'à l'âge adulte. c'est parce qu'heureusement la fièvre typhoïde est plus rare dans la première que dans le seconde enfance. Et à ce propos, je répondrai ceci à M. Variot : il se demande si la rareté de la fièvre typhoïde du nourrisson n'est pas seulement apparente et si beaucoup de cas ne passent pas inaperçus. A mon avis, c'est là une erreur. En effet, dans mon service, j'ai malheureusement une énorme mortalité de nourrissons par athrepsie, entérites, tuberculoses généralisées, etc. Je fais *toutes* les autopsies. Eh bien je n'ai pas trouvé un seul cas méconnu de fièvre typhoïde de nourrisson. J'affirme donc que la fièvre typhoïde est très rare chez le nourrison.

Ce qui prouve bien qu'un des facteurs les plus importants de la gravité réside dans l'âge de l'enfant, c'est que les statistique qui comportent un certain nombre de cas dans la première enfance sont toujours plus chargées dans leur mortalité que celles qui ne contiennent que des cas de seconde enfance.

(1) *Société de Pédiatrie de Paris* (janvier 1900).

Digitized by Google

Depuis 1896, je n'ai pas eu l'occasion de voir un grand nombre de cas de fièvre typhoïde; je n'en ai eu que 45 : 33 dans mon service d'hôpital et 12 dans ma clientèle privée. Cependant, l'étude de ces 45 cas présente, au point de vue du pronostic et du traitement, un intérêt que je tiens à faire ressortir.

Sur ces 45 cas, j'ai eu 6 décès (à l'hôpital, 3 en 1898 et 3 en 1899). Le pourcentage global de ces 45 cas en ce qui concerne la mortalité est donc assez élevé puisqu'il donne 13,3 %.

Mais ce tableau va immédiatement nous montrer ce qui charge ainsi ma statistique :

	Nombre de cas	Décès
de 0 à 5 ans	4	2
de 5 à 12 ans	29	2
de 12 à 15 ans	12	2

On le voit, c'est au-dessous de cinq ans que la fièvre typhoïde est grave.

Sur les quatre cas que j'ai observés, à cet âge, tous dans mon service d'hôpital (un en 1897, deux en 1898, un en 1899), deux se sont terminés fatalement. La proportion est donc ici de 50 %.

Si nous passons à la seconde enfance et si nous faisons un groupe pour les enfants de 5 à 12 ans, on voit que sur 29 cas, je n'ai eu que 2 décès, soit 6,8 %. C'est une proportion un peu supérieure à celle de M. Glénard, mais qui est encore bien inférieure au pourcentage de mortalité des adultes.

A partir de 12 ans, la fièvre typhoïde revêt de plus en plus le type anatomique et clinique de l'adulte, aussi sur les 12 cas que nous avons observés, avons-nous eu 2 décès, soit 16,6 %.

En somme, dans la seconde enfance, jusque vers 12 ans, la fièvre typhoïde est bien moins grave que chez l'adulte, bien que cependant il faille tenir grand compte d'une mortalité de 6,8 %, chiffre encore assez élevé.

En revanche, dans la première enfance, elle acquiert un caractère tout particulier de gravité et est très souvent mortelle.

A mesure qu'on se rapproche de l'âge adulte, elle reprend les allures qu'on lui connaît chez ces adultes.

Le nourrisson succombe habituellement à l'intoxication; il est sidéré par l'infection et l'intoxication typhiques et meurt souvent très vite, *malgré la balnéation systématique.*

L'anatomie pathologique me paraît fournir à elle seule les raisons les plus importantes du taux relativement inférieur de la mortalité par fièvre typhoïde dans la seconde enfance. On sait, en effet, qu'à cet âge le cœur, le foie, les reins sont à peu près intacts; ils n'ont pas encore subi les atteintes des intoxications multiples qui les assaillent durant notre vie; ce sont des organes à peu près neufs qui fonctionnent par conséquent mieux que ceux d'une machine ayant déjà beaucoup servi et qui s'encrasse et s'use par l'usage.

En outre, il est un fait bien particulier à l'enfant typhique, c'est que les lésions intestinales sont bien moins accentuées que chez l'adulte; on observe surtout tes *plaques molles*; les plaques de Peyer sont le plus souvent simplement tuméfiées, boursouflées, rarement ulcérées, et, lorsque l'ulcération existe, elle est presque toujours bien moins profonde que chez l'adulte. Par conséquent, les perforations et les hémorrhagies intestinales seront bien moins fréquentes que chez l'adulte, et, par conséquent, le taux de la mortalité sera diminué d'autant.

Sur mes 45 cas, je n'ai pas observé une seule fois l'hémmorrhagie intestinale, et je n'ai eu qu'un seul cas de perforation; mais c'était chez un enfant de 14 ans, c'est-à-dire d'un âge où les maladies abandonnent le type propre à l'enfance. Cet enfant, entré avec sa sœur dans mon service, en septembre 1898, était, à son arrivée, au cinquième jour de sa maladie; la balnéation froide fut instituée aussitôt, mais il succomba au vingt-cinquième jour et à l'autopsie nous trouvâmes une perforation siégeant à quinze centimètres du cœcum.

Du reste, dans l'évaluation de la gravité de la fièvre typhoïde infantile, il faut aussi tenir compte du génie épidémique, c'est-à-dire du plus ou moins de virulence du microbe, variable suivant les épidémies. Ainsi, en 1896 et 1897, j'ai observé 16 cas *sans un seul décès*; en 1898, j'ai observé 20 cas avec 3 décès; en 1899, 9 cas avec 3 décès. Je dois ajouter qu'à Lille, dans ces deux dernières années d'extrême sécheresse, nous avons manqué d'eau de source; il y eut des semaines entières où l'eau de source d'Emmerin ne fournissait presque plus rien, et où l'on distribuait l'eau au tonneau dans certains quartiers. C'est à mon sens ce qui explique la gravité des cas de ces deux dernières années.

Il me semblait indispensable de fournir ces quelques données concernant le pronostic, le taux de la mortalité de la fièvre typhoïde chez l'enfant, avant de dire si nous devions lui opposer la méthode si rigoureuse de la balnéation froide.

Eh bien, je suis tout à fait d'avis qu'il faut baigner *systématiquement toutes* les fièvres typhoïdes : le bain, voilà le vrai traitement. Mais je suis également d'avis qu'il faut savoir *doser* ce bain, car, comme pour les médicaments, les doses ne doivent pas être les mêmes ici que chez l'adulte.

Et il me semble que la physiologie est ici d'un bien grand secours pour la thérapeutique. En effet, comment agit la balnéation chez les malades? Elle agit surtout sur le système nerveux, et c'est par l'intermédiaire de ce système nerveux que l'on voit ul-

Digitized by Google

térieurement la température s'abaisser, la respiration et la circulation se régulariser, le rein s'ouvrir largement et toutes les sécrétions en général s'accélérer. Or, plus l'enfant est jeune, plus son système nerveux réagit vite et énergiquement; et cette réaction est d'autant plus aisée à obtenir que l'on a affaire à un sujet plus jeune.

Le *dosage* de la balnéation réfrigérante me semble donc devoir s'inspirer de ces données.

J'ai l'habitude de baigner *systématiquement* toutes mes fièvres typhoïdes; mais autant je suis un partisan convaincu de cette balnéation systématique dès le début de la maladie, autant je repousse l'emploi *d'emblée*, chez les enfants de la méthode de Brand *pure*.

Comment donc faut-il baigner les enfants typhiques? Quelle doit être la température de l'eau?

Je ne crois pas qu'on puisse émettre ici des règles générales précises, et, à mon avis, il faut plutôt se guider sur la particularité de chaque cas.

L'âge, d'abord, a une grande influence sur la détermination que je prends. Dans la première enfance, plus l'enfant est jeune et se rapproche des quatre premières années de la vie, moins est froid le bain que j'administre. J'ai l'habitude d'ordonner des bains à 28°, dès les premiers jours de la maladie, bains que je fais renouveler, en revanche, toutes les deux heures. Par cette méthode j'ai, le plus souvent, obtenu le résultat que nous poursuivons tous, à savoir : le relèvement du cœur, l'urination abondante, l'amélioration des phénomènes généraux d'intoxication. Peut-être la température baisse-t-elle un peu moins qu'avec les bains plus froids, mais je ne crois pas à l'importance si considérable qu'on a voulu attribuer à cette chute forcée artificielle du thermomètre. Je regarde beaucoup plus le cœur et le rein, et je suis autrement satisfait lorsque je vois ces deux organes bien fonctionner, malgré la température assez élevée, que lorsque j'obtiens des chutes thermiques, mais que le rein reste fermé et le cœur mou.

D'autre part, ces bains frais, j'en prolonge l'administration jusqu'à la fin de la maladie. Je n'ai pas besoin, comme pour le bain vraiment froid, de suivre la marche de la température pour savoir si je dois oui ou non donner le bain ; je me guide sur l'état général, et, je le répète, sur le cœur et sur le rein.

Mais il convient d'ajouter immédiatement que je ne considère cette balnéation fraîche que comme le *minimum de la dose* à administrer à mes enfants. Je surveille de très près l'administration de cette dose et, dès le second jour de son emploi, si je n'ai pas obtenu la sédation des phénomènes généraux, le relèvement du cœur et l'ouverture large du rein, alors je refroidis mes bains, je descends à 25°, et même plus bas dans les cas très graves. Il m'est arrivé de donner à des enfants de six à sept ans des bains de 18° ou 20° ; dans ces cas graves j'appliquais la méthode de Brand dans toute sa rigueur.

Je dois faire remarquer que j'arrive très vite à ce refroidissement lorsque je le juge nécessaire ; en effet, quand mon second jour de traitement à 25° ne m'a pas donné de résultats satisfaisants, dès le le troisième j'arrive à 20°, à 18° Ce sont alors des cas très graves, où le système nerveux a perdu une grande partie de son excitabilité, de sa puissance de réaction, et l'eau vraiment froide est alors nécessaire pour la lui faire récupérer.

Avec cette ligne de conduite que je viens d'exposer dans ses grandes lignes, je n'ai jamais eu à redouter les accidents de collapsus, je n'en ai jamais observé, et pourtant j'ai soigné, en 1898, un enfant de trois ans, par la méthode de Brand dans toute sa rigueur. J'avais essayé d'abord les bains frais, tels que je l'ai dit plus haut et je dus arriver très vite aux bains froids. L'enfant a succombé le dix-huitième jour à l'intoxication, avec des phénomènes méningitiques tellement nets que j'avais pensé à une méningite typhique ; il n'en était rien. Il s'agissait au reste, dans ce cas, d'une fièvre typhoïde particulièrement maligne, car le frère, âgé de sept ans, succomba également dans son service, le 10 janvier 1899, quelques jours après sa sœur, à une fièvre typhoïde très grave, à forme prolongée, ayant duré trente-sept jours.

Je dois ajouter, pour la décharge de la méthode de Brand, que ces deux enfants entrèrent tardivement dans mon service, l'un au dixième jour, l'autre au huitième jour de la maladie, déjà profondément intoxiqués.

En résumé je suis partisan convaincu de la balnéation *systématique* au cours de la fièvre typhoïde des enfants. Mais j'estime qu'il est inutile dans beaucoup de cas de donner les bains aussi froids que le veut la méthode de Brand. L'action cherchée sur le système nerveux et sur la circulation s'obtient assez aisément par les bains à 26° ou 28°. Je fais une exception pour les cas graves qui ne s'améliorent pas dès les premiers de ces bains ; alors je donne le bain de plus en plus froid pour arriver à la méthode de Brand dans toute sa rigueur, lorsque les bains frais ne me donnent pas de résultats satisfaisants. Je n'ai jamais vu d'accidents, même avec cette dernière méthode, et si je ne l'emploie pas d'*emblée*, c'est parce qu'elle est un peu pénible pour l'enfant et son entourage et que, puisque, à mon avis, on peut souvent obtenir aussi bien avec des bains

Digitized by Google

moins froids, il ne me paraît pas nécessaire de l'imposer à nos petits malades *d'une façon systématique* (1).

TOXICOLOGIE

De l'intoxication par ingestion des mollusques (1)

3° — Parfois, ces phénomènes gastro-intestinaux prennent un caractère de plus haute gravité, et rappellent plus ou moins complètement le tableau clinique de la dysenterie ; il s'agit alors d'accidents dysentériformes moins précoces, plus persistants : diarrhées, vomissements, coliques, épreintes, etc.

M. J. Chatin en rappelle un fait relaté par A. Pasquier.

Le fait du Dr Chevron est des plus intéressants : « Le 21 avril 1876, à Bonifacio, un dîner réunissait « 16 personnes adultes à une table, et 14 à une autre; « cette dernière formée par des enfants de 8 à 12 ans, « à l'exception de deux filles de service adultes. « Avant la fin du repas, un homme se sent pris de « malaise, il a des coliques, pâlit tandis que la face « se couvre de sueurs abondantes, et il éprouve un « besoin irrésistible d'aller à la selle. Ce besoin se « répète plusieurs fois dans l'après-midi et se dé« clare aussi très intense, brusque, fréquent chez « d'autres personnes. Dans la nuit, 14 membres de « la première table et les deux bonnes ressentent de « l'angoisse, sont agités, puis ont des étouffements, « des baillements, des sueurs, des vomissements et « selles abondantes, précédées ou non de coliques « avec selles extrêmement fétides. Pendant les jours « suivants, les vomissements et les selles persistent « en abondance, quelques malades ont des épreintes « et des coliques vives et fréquentes ; le ventre bal« lonné, douloureux à la pression, rempli de gar« gouillements, le pouls petit et rapide. Tous sont « profondément abattus, déprimés, ayant à peine la « force de se lever. Aucun ne présente une tempé« rature anormale; 3 ou 4, en dehors des symptô« mes précédents, accusent dans la bouche, une « sensation métallique, astringente, qu'ils comparent « à celle laissée par une pièce de monnaie. Les uri« nes sont troubles et de quantité normale.

« La première personne atteinte au cours du repas, « fut rétablie au bout de deux jours; les autres fu« rent malades de huit dix jours, sauf une jeune « fille convalescente d'influenza, chez laquelle la « faiblesse, les vomissements, les coliques et la « diarrhée durèrent plus de deux semaines; et un « vieillard qui, pendant près d'un mois, ne put to« lérer la moindre parcelle alimentaire solide ou « liquide, même le lait, sans être repris de vomis« sements. Il mourut dans un état de faiblesse ex« trême. L'analyse des urines avait décelé de l'albu« mine chez lui seulement.

« L'intoxication était due aux huîtres.

« La cause de la nocuité paraît avoir été la sui« vante : Les huîtres ont été prises dans le parc le « 21 au matin ; et pendant la journée précédente, un « conduit d'égoût qui débouche près du parc avait « été curé. Le curage se fait très rarement, les ma« tières corrompues déversées en abondance avaient « souillé les huîtres. »

Je ne pourrais moi-même citer ma propre observation, dit M. Mosny, et parler d'accidents dysentériformes (coliques, diarrhée, selles sanglantes, épreintes, etc.), survenus à la suite de l'ingestion d'une douzaine d'huîtres à Venise, et ces accidents durèrent une quinzaine de jours.

M. Mosny relate un cas d'intoxication de 12 personnes. La plupart eurent des accidents cholériformes suraigus, graves, caractérisés par des vomissements, de la diarrhée profuse accompagnée de coliques, des vertiges, de l'algidité. La guérison survint en général en vingt quatre heures; mais, chez quelques malades, la convalescence fut longue et pénible.

M. Eade rappelle qu'en 1893, lors de l'épidémie cholérique de Grimsby, on soupçonna que certains cas sporadiques de choléra survenus dans plusieurs villes de l'intérieur étaient dus à l'ingestion d'huîtres provenant de cette ville.

De même, M. John Hollingworth observa, à Hull un certain nombre de cas de choléra qu'il ne put expliquer que par l'ingestion d'huîtres ou de moules immergées dans des eaux souillées par des égouts.

4°— La possibilité de la transmission de la typhoïde par les huîtres ne fut dûment prouvée que lorsque Conn publia l'histoire d'une véritable épidémie de fièvre typhoïde d'origine ostréaire. Car jusque-là on n'avait publié que quelques cas isolés. Conn montra que les huîtres nocives provenaient d'un parc où elles avaient reçu de l'eau d'un égout particulier desservant une maison où se trouvaient alors deux personnes atteintes de fièvre typhoïde.

Il n'en fallait pas davantage pour attribuer à l'usage des huîtres l'endémie de la fièvre typhoïde dans certains ports.

Les cas isolés de fièvre typhoïde attribués à l'ingestion des huîtres sont nombreux. Citons ceux du Dr Wilson, de Florence, en 1895.

Broadbent rapporta une série de cas de dothié-

(1) Il est bien entendu que tout ceci ne s'applique qu'à l'enfance. Mais dès qu'on s'approche de l'âge adulte, dès qu'on a affaire à des adultes, la méthode de Brand d'*emblée* reprend tous ses droits, et j'en reste un partisan convaincu.

(1) Suite et fin. Voir p. 99.

Digitized by Google

nentérie survenus pendant les six à huit dernières semaines de l'année 1894 dans la classe riche de Londres : il s'agissait, en général, de l'éclosion de la fièvre typhoïde chez une ou deux personnes qui seules avaient mangé des huîtres dans une famille ou un groupe de personnes vivait d'ailleurs de la même façon. C'est ainsi que la dothiénentérie frappa très sévèrement les commerçants de la Cité qui avaient coutume de manger des huîtres à leur déjeuner.

Peu de temps après le travail de Broadbent, en 1896, M. Chantemesse publia à l'Académie de médecine la relation d'une épidémie d'accidents gastro-intestinaux et de deux cas de fièvre typhoïde survenus dans une même famille à Saint-André-de-Sangonis.

Mangenot relata des cas semblables et, en 1897, M. Mosny eut connaissance du fait suivant :

Le 31 septembre 1896 et le 1er septembre 1897, 7 personnes composant une même famille et habitant les environs de Paris mangent des huîtres expédiées directement de Cette par leur domestique qui était originaire de ce pays. Le soir du 1er janvier 1898, 4 membres de cette famille sont pris d'accidents gastro-intestinaux, de vertiges, de malaises, de frissons, de diarrhée, qui durent vingt-quatre heures et disparaissent. Le 17 janvier, l'une de ces personnes, un jeune homme de 17 ans est pris de fièvre typhoïde diagnostiquée par M. le Dr Hirtz, médecin des hôpitaux de Paris, et meurt au bout de neuf jours, le 26 janvier, après avoir présenté les phénomènes ataxo-adynamiques les plus graves. Or, depuis quatre ans, il n'y avait eu aucun cas de fièvre typhoïde dans le village, et la famille dont il s'agit ne buvait que de l'eau stérilisée par le filtre Chamberland. Les huîtres incriminées provenaient directement d'un des parcs de Cette, avaient été consommées le jour et le lendemain de leur arrivée, et n'offraient ni l'aspect ni la saveur d'un aliment avarié, capables de les faire rejeter de la consommation.

En résumé, au point de vue clinique, on peut observer les faits suivants : la fièvre typhoïde survenant au bout de 10 à 20 jours, précédée ou non de symptômes d'intoxication précoce, ou elle est épidémique.

Tous les cas de fièvre typhoïde, attribués à l'ingestion des huîtres ont comme caractère commun une extrême gravité et une évolution très rapidement fatale.

L'origine ostréaire de la dothiénentérie a été surabondamment démontrée par Coon à propos d'une épidémie qui sévit sur un certain nombre d'étudiants de l'Université Wesleyan, de Middletown (Connecticut). Le 20 octobre 1894, plusieurs étudiants de l'Université Wesleyan, de Middletown, furent pris d'un malaise léger avec fièvre peu intense, auquel on n'attribua d'abord aucune importance. Mais bientôt, le nombre des cas augmenta, quelques-uns s'aggravèrent, et au bout d'une semaine il fut évident qu'il s'agissait, pour quelques-uns d'entre eux, de la fièvre typhoïde. Le 1er novembre, onze jours après l'apparition des premiers cas, il y avait 20 étudiants atteints de fièvre typhoïde. Dès lors, les cas devinrent moins nombreux : il y en eut 2 nouveaux le 2 novembre ; 1 le 5 novembre et 1 dernier après le 9 novembre. Il y avait à cette époque 25 cas de maladie fébrile parmi lesquels 23 cas de fièvre typhoïde confirmée dont 10 furent bénins et 13 graves : il y eut 4 décès.

On ne pouvait incriminer comme cause de cette épidémie, ni l'eau d'alimentation, ni les logements parfaitement salubres, ni le lait, ni les aliments.

Mais on apprit que les malades mangèrent des huîtres provenant de chez un même marchand. D'autres étudiants qui mangèrent les huîtres cuites ne furent pas malades ; diverses familles de la ville, qui avaient mangé ces mêmes huîtres cuites, ne furent pas atteintes, tandis qu'il y eut un cas de fièvre typhoïde dans la seule famille de la ville qui les mangea crues. D'autres cas de contagion corroborent cette idée.

Conn poussa encore plus loin son enquête, et chercha quelle était la provenance des huîtres incriminées. Il apprit qu'elles venaient de Fair-Haven (Connecticut) : elles avaient été prises en eau profonde, dans le détroit de Long-Island, et avaient été mises à dégorger pendant un à deux jours avant leur vente dans un parc situé à l'embouchure de la rivière Quinnipiac. A 250 ou 300 yards de ce parc se déverse sur le banc de la rivière un égout privé dont les eaux, au moment du flot, sont portées par le remous vers les parcs. Cet égout privé dessert une maison dans laquelle il y avait alors 2 cas graves de fièvre typhoïde : la mère mourut ; sa fille entra en convalescence après cinq semaines de maladie. Ces deux malades étaient atteintes au moment où les huîtres prises dans le parc contaminé furent expédiées à Middletown ; leurs déjections avaient donc évidemment pu contaminer les parcs, d'autant plus qu'elles avaient été jetées dans l'égout sans désinfection préalable.

Le Dr Ch. J. Foote a pu constater que le bacille typhique, mis expérimentalement dans des huîtres prises dans ce parc, s'y trouvait encore vivant et végétable au bout de quarante-huit heures, aussi longtemps par conséquent que durait le transport de ces huîtres de Yale à Middletown et leur vente aux consommateurs.

Origine ostréaire de certaines endémies typhiques. — On ne peut actuellement donner une preuve rigoureuse de l'origine ostréaire de l'en-

Digitized by Google

démie de la fièvre typhoïde dans certaines villes du littoral. Mais le fait est possible. M. Mosny considère cette origine comme très probable pour un certain nombre de cas de fièvre typhoïde à Toulon où cette affection est si fréquente, où la consommation des mollusques crus est habituelle, et où les mollusques vendus au marché proviennent généralement du port, au voisinage des égouts de la ville.

J. Lavis en 1879 fit la même constatation : il fut frappé de la fréquence, à Naples, des embarras gastriques chez les nouveau-venus ; ces troubles gastro-intestinaux variant d'ailleurs d'intensité depuis le simple embarras gastrique jusqu'aux formes les plus graves de la fièvre typhoïde. Il remarqua que sa femme et lui, chaque fois qu'ils mangeaient des huîtres, étaient atteints de diarrhées dysentériformes avec coliques et ténesme. Dès lors, il nota que, chez ses malades, les embarras gastriques coïncidaient avec l'ingestion d'huîtres.

Il observa tantôt des gastro-entérites chroniques, rebelles, — tantôt des fièvres typhoïdes légères de six, dix et douze jours de durée, avec anorexie, nausées, diarrhée, sécheresse de la langue, prostration, température de 38 à 40 degrés et même davantage ; — tantôt des fièvres typhoïdes survenant douze à seize jours après l'ingestion des huîtres, soit d'emblée, sans troubles gastro-intestinaux précoces, soit après une indisposition immédiate, légère, passagère, guérie en apparence au bout d'un ou deux jours.

Le fait tenait à ce que les huîtres séjournaient dans de l'eau du vieux fort Santa Lucia qui recevait l'embouchure d'un des principaux égouts de la ville.

En Angleterre, Newsholme a fait la même constatation que J. Lavis à Naples.

En France, le Dr Ramaroni, de Bastia, attribue les cas de fièvre typhoïde qui surviennent chaque année dans cette ville à la consommation habituelle, presque quotidienne, de mollusques divers pris sur les rochers qui bordent le littoral de la ville où débouchent les égouts, et mangés crus.

Pathogénie des accidents consécutifs a l'ingestion des mollusques. — M. Mosny se borne à rechercher la cause des accidents qui surviennent chez plusieurs personnes ayant simultanément ingéré les mêmes mollusques frais, vivants et de provenance identique, alors que d'autres personnes vivant dans les mêmes conditions, mais n'ayant pas mangé ces mollusques demeurent indemnes de toute manifestation morbide. Il fait table rase des pathogénies invoquées et non prouvées et aussi de la nocivité du frai qui n'existe pas (Grancher), et arrive à la conclusion suivante :

1° Ou bien il s'agit d'un *empoisonnement* déterminé, par la présence d'une toxine soit dans le corps même du mollusque, soit dans l'eau comprise entre les valves de sa coquille. La toxine pouvant alors provenir du milieu ambiant où vit le mollusque et où elle serait préformée : ou bien pouvant être élaborée par le mollusque lui-même, s'accumulant dans ses organes et dans l'eau qui le baigne à l'intérieur de sa coquille.

2° Ou bien il s'agit d'une *infection* déterminée par des microbes séjournant dans le corps des mollusques ou dans l'eau qui les baigne, et provenant en tous cas des eaux souillées où vivaient ces mollusques. Le mollusque ne serait alors que le véhicule inerte de l'agent infectieux.

Pour étudier la pathogénie des accidents consécutifs à l'ingestion des mollusques, il faut les diviser en deux catégories dont la différenciation repose sur les manifestations cliniques.

Le 1er type ou *forme toxique* est représenté par l'épidémie de Wilhelmshaven et par les observations de Brosch et de Casey. C'est pour cette forme que l'origine toxique a jusqu'à ces derniers temps paru hors de toute contestation.

Le 2e type ou *forme infectieuse* comprend l'ensemble des accidents gastro-intestinaux simples, dysentériformes ou cholériformes et la fièvre typhoïde : c'est à ces formes gastro-intestinales que se rapporte la grande majorité des accidents consécutifs à l'ingestion des huîtres observés dans ces dernières années. L'expression de ces accidents varie suivant la nature de l'agent infectieux, mais leur commune origine est évidemment l'ingestion d'huîtres contaminées par le mélange d'eaux souillées à l'eau de mer où elles sont immergées.

Pour les intoxications du premier type, l'origine toxique semblait jusqu'à ces dernières années hors de toute contestation, d'autant plus que les recherches de Brieger et Salkowski dans l'épidémie de Wilhelmshaven avaient abouti à l'extraction des moules incriminées, d'un poison animal alcaloïdique, appartenant à la classe des ptomaïnes.

Or les accidents observés par Virchow à Wilhelmshaven, cliniquement analogues à ceux signalés par Brosch et par Casey sont bien plus comparables au botulisme qu'aux accidents provoqués par l'ingestion de viandes avariées ou corrompues.

Or, M. Van Ermenghem, dans une étude expérimentale très remarquablement conduite, montra que la cause des accidents d'ordre toxique, constituant le botulisme, étaient déterminés par un microbe anaérobie, le bacillus botulinus, qu'il retrouvait dans la saumure où plongeaient les conserves toxiques.

Mais il montra de plus que si le microbe était la

Digitized by Google

cause première des accidents provoqués chez l'homme, leur véritable cause déterminante était la toxine élaborée par ce microbe.

On peut admettre que le botulisme et l'épidémie de Wilhelmshaven sont des accidents de même ordre, d'ordre toxique l'un et l'autre ; mais on ne peut histologiquement les identifier.

Ce qui domine l'étiologie des accidents, c'est l'immersion des mollusques dans des eaux contaminées contenant des bacilles et toxines que les mollusques se chargent de transmettre à l'homme.

Les accidents infectieux constituent le deuxième type des accidents déterminés par l'ingestion des mollusques, et principalement des huîtres, affectent la forme générale d'affections gastro-intestinales.

La preuve indiscutable de l'origine infectieuse de ces accidents, serait de retrouver le microbe pathogène dans l'huître incriminée et dans les exsudats pathologiques ; mais cette preuve manque.

On peut en tous cas donner une preuve indirecte de l'origine et de la nature de ces accidents, démontrer la possibilité, et la probabilité de leur origine ostréaire :

1° En révélant par l'analyse bactériologique des organes des mollusques et de l'eau retenue entre les valves de leur coquille, la présence de bactéries pathogènes ;

2° En démontrant par l'expérimentation la survie de ces bacilles dans les organes et dans l'eau de mollusques immergés dans de l'eau de mer artificiellement contaminée.

Cette double preuve a été donnée par les recherches entreprises dans ces dernières années :

1° L'analyse bactériologique des organes des mollusques et de l'eau retenue entre les valves et leur coquille y a révélé la présence de bactéries pathogènes pour l'homme, et en particulier celle du bacille typhique du bactérium coli, et de vibrions semblables à celui du choléra.

A. — Le bacille typhique a été retrouvé deux fois par Boyce et par Klein.

B. — A. Lustig a isolé du foie de moules toxiques un vibrion analogue à celui de Finkler-Prior.

On y a trouvé le coli-bacille (Chantemesse), le proteus vulgaris (Boyce, Klein). Ce dernier auteur considère la présence du coli-bacille comme une preuve de la contamination des huîtres par des eaux d'égout. M. Mosny, dans des recherches entreprises sur des huîtres provenant des parcs de Toulon et de Cette, a constaté que la présence du coli-bacille y est inconstante, qu'on ne la constate guère que dans les huîtres immergées dans les parcs les plus notoirement contaminés, et que ce microbe disparaît dans les huîtres qui ne sont examinées que quelques jours après leur arrivée au laboratoire. La présence du coli-bacille dans les huîtres ne doit donc pas les faire rejeter formellement de l'alimentation ; elle ne doit pas non plus entraîner la suppression des parcs d'où elles proviennent ; mais elle doit pourtant entraîner la suspicion et provoquer des améliorations dans l'aménagement et des mesures sévères de protection de ces parcs.

D'autre part, les expériences entreprises sur la vie des microbes pathogènes dans les organes et dans l'eau des mollusques immergés dans l'eau de mer artificiellement contaminée, prouvent qu'ils peuvent y demeurer vivants, végétables et virulents pendant un temps supérieur à celui qui s'écoule généralement entre leur sortie des parcs et leur vente aux consommateurs.

Ces expériences confirment donc la possibilité de l'action nocive d'huîtres provenant de parcs contaminés, qu'elles soient consommées sur place, ou plus ou moins loin de leur parc d'origine.

C'est avec le bacille typhique que les premières recherches ont été entreprises par M. Chantemesse.

M. Chantemesse a démontré que le bacille typhique pouvait rester longtemps vivant, végétable et virulent dans les huîtres, vivant dans les eaux qui le lui apportent. Mêmes faits ont été observés par Foote et par Klein, et cela contrairement aux assertions de Boyce qui considérait le bacille typhique comme ne se développant pas dans les tissus de l'huître et qu'il en disparaissait bientôt quand on mettait le mollusque dans de l'eau de mer pure.

Mêmes recherches ont été faites avec le vibrion cholérique par de Giaxa et Klein, le premier soutenant que le vibrion disparaissait facilement du mollusque ; le second constatant qu'il y persistait très longuement.

Des expériences analogues furent faites avec la bactéridie charbonneuse par de Giaxa, avec le bacille de la pomme de terre par Polak ; cependant, il convient de faire remarquer avec M. J. Chatin que, si l'huître n'est pas plus souvent nocive, c'est que, chez elle, la phagocytose est des plus actives. Si l'on essaie de tirer des conclusions de ce qui vient d'être dit, on peut dire que :

Les formes toxiques ou infectieuses des accidents provoqués par l'ingestion des mollusques ont pour origine commune le séjour de ces mollusques dans des eaux contaminées.

Le mollusque n'intervient donc que comme véhicule des microbes et des toxines.

La nature des microbes présents dans les eaux contaminées et dans les mollusques qui s'y trouvent immergés déterminera seule la forme clinique des accidents provoqués par l'ingestion de ces mollusques.

Digitized by Google

La pathogénie de ces accidents est établie par les preuves qui se résument dans les deux propositions suivantes :

1° L'analyse bactériologique des organes des mollusques et de l'eau retenue dans leur coquille y a révélé la présence de bactéries pathogènes pour l'homme, et en particulier celle du bacille typhique, du colibacille et de vibrions semblables à celui du choléra.

2° L'expérimentation a démontré que certains microbes pathogènes, et en particulier le bacille d'Eberth, le colibacille et le vibrion du choléra, artificiellement mis en contact avec les huîtres pouvaient demeurer vivants, végétables et virulents dans l'organisme de ces mollusques et dans l'eau retenue entre les valves de leur coquille, pendant un temps supérieur à celui qui s'écoule généralement entre leur sortie des parcs et leur vente aux consommateurs.

Ainsi s'explique l'action nocive d'huîtres contaminées, qu'elles soient consommées sur place ou plus ou moins loin de leur parc d'origine : telle est la cause première de tous les accidents déterminés par l'ingestion des mollusques. En d'autres termes, hormis les accidents déterminés par l'idiosyncrasie ou par les mollusques avariés, tout accident provoqué par l'ingestion des mollusques, reconnaît pour cause une contamination d'origine exogène.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Des préparations de bi-iodure d'hydrargyre en thérapeutique. — C'est A. Martin qui, en 1868, pratiqua le premier les injections de bi-iodure ; mais sa solution contenait de l'iodure de potassium qui est irritant pour les tissus. Bricheteau lui substitua alors l'iodure de sodium selon la formule suivante :

Iodure double de mercure et de sodium..	1 gr. 50
Eau distillée.....	10 —

Puis L. Labbé, Cotte en 1873, vantent également le bi-iodure, en utilisant la solution suivante :

Bi-iodure d'hydrargyre.....	1 gr.
Iodure potassique...	2 —
Eau.....	200 —

Ragozzioni (en Italie), se rattache à la formule suivante :

Bi-iodure de mercure.....	0 gr. 03
Eau distillée.....	2 —
Iodure de potassium.....	2 —

Terrillon, en 1880, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, dit employer avec succès la formule suivante qu'il devait à M. Yvon :

Bi-iodure d'hydrargyre.	1 gr.
Iodure de potassium.....	1 —
Phosphate tribasique de soude.....	2 —
Eau distillée..... ...	qs. p. 50 cc.

Vacher, en 1885 (*Gaz. hebd.*). modifia encore les formules précédentes en préconisant la suivante :

Bi-iodure d'hydrargyre	àà 1 gr.
Iodure de sodium	
Eau distillée.....	10 gr.

Dans toutes ces préparations, le bi-iodure d'Hg était uni à l'iodure de sodium ou de potassium, le tout en solution dans de l'eau bouillie. Mais ce mode d'emploi fut vite abandonné à cause de la douleur provoquée par l'injection ; et ce fut M. le professeur Panas qui remit le bi-iodure en honneur en changeant le véhicule pour faire disparaître la douleur ; M. Panas fit de patientes recherches pour obtenir une solution stable et s'arrêta à la suivante :

Bi-iodure d'hydrargyre.....	0 gr. 40
Huile stérilisée.....	100 gr.

qui est d'une efficacité remarquable et annihile complétement la douleur.

M. Dieulafoy emploie couremment l'huile bi-iodurée préparée par Berlioz. Voici d'après Guibert (*Th. Paris* 99), à qui nous empruntons ces renseignements, le mode de préparation de l'huile bi-iodurée : « Il faut d'abord purifier l'huile ; pour cela on mélange 3 parties d'huile d'olives avec de l'alcool ; puis on garde le mélange pendant 48 heures en ayant soin d'agiter de temps en temps. On sépare ensuite l'alcool par décantation et on en chasse les dernières traces en chauffant quelques instants à 90° le mélange placé dans une capsule de porcelaine. Lorsque tout l'alcool a disparu, on élève la température à 115° et on la maintient ainsi pendant un quart d'heure sans toutefois la dépasser, ce dont on s'assure par le thermomètre. On obtient ainsi l'huile d'olives purifiée et stérilisée dans laquelle on fait dissoudre le bi-iodure de mercure à 70°. On filtre sur filtre stérilisé. On remplit avec des flacons de 20 à 50 cc. »

On injectera quotidiennement une seringue de Pravaz de cette solution, dont nous n'avons pas à préciser le mode d'emploi, car ses indications sont les mêmes que celles des autres injections de sels mercuriels, avec cette différence qu'elle agit mieux et qu'elle est moins douloureuse. — M. D.

Digitized by Google

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Usage des naphtols. — Le Codex de 84 prescrit au pharmacien, à défaut d'indication spéciale, de délivrer le naphtol β. Or, les expériences de Maximowitch ont montré que le naphtol α est trois fois plus antiseptique que le naphtol β, tout en étant trois fois moins toxique. De plus, le naphtol β n'est pas toujours bien toléré par l'estomac et la sensation de brûlure et de picotement qu'il produit sur les muqueuses de la bouche et du pharynx est tellement intense qu'on ne peut le prendre qu'en cachets.

Pour toutes ces raisons on ne devrait exclusivement employer que le naphtol α. Lorsqu'on veut antiseptiser l'intestin, le mieux est de l'administrer en solution dans l'huile de ricin ; cette solution a l'avantage d'agir à la fois comme évacuant et comme antiseptique de l'intestin. Voici une formule qu'on pourra employer :

Naphtol α	3 grammes
Alcoolat de menthe	5 —
Chloroforme	0 gr. 30
Huile de ricin	Q. S. pour faire 100 cc.

A prendre une à deux cuillerées à soupe à dix ans ; chez les enfants de trois à dix ans, administrer par cuillerées à café.

Le naphtol α peut encore s'administrer sous forme de tablettes comprimées telles que les suivantes :

Naphtol α	0 gr. 25
Extrait de belladone	0 — 01
Poudre de rhubarbe	0 — 05
Teinture alcool de cinnamome.	II gouttes

Pour une tablette ; en prendre dix dans la journée ; deux à la fois.

Emplâtres à l'oxyde de zinc de consistance molle (Unna) :

Huile de lin	20 — 25 — 20
Eau de chaux	20 — 25 — 20
Oxyde de zinc	30 — 25 — 40
Craie préparée	30 — 25 — 20

Il faut éviter d'ajouter à ces préparations les médicaments suivants qui leur sont incompatibles : Acide acétique, acide salicylique, pyrogallol, phénol, résorcine, ichthyol.

On pourra y ajouter : 1 0/00 sublimé au maximum. Les substances suivantes se marient bien à l'émulsion : soufre 10 %, chrysarobine 10 %, baume du Pérou 10 %, huile de cade 5 %, Goudron 10 %, extrait de chanvre indien 5 %, extrait d'opium 6 %, menthol 2 %, huile d'amandes douces 10 %, cocaïne basique 0,50 à 1 %. *(Apoth. Zeitung.)* — A. G.

Vin créosoté phosphaté :

Créosote de hêtre	10 grammes
Alcool à 90°	90 —
Phosphate monocalcique	20 —
Eau distillée	20 —
Sirop	100 —
Vin de malaga	Q. S. pour faire 1 litre.

Ce vin contient 1 % de son poids de créosote de hêtre soit 0 gr. 15 à 0 gr. 20 par cuillerée à bouche et le double de phosphate monocalcique.

Indications : Affections chroniques de la poitrine.

Dose et mode d'emploi : un verre à liqueur 3 fois par jour dans un verre d'eau.

Sirop de fer arsenical :

Arseniate de soude	0 gr. 34
Sulfate ferreux	0 — 30
Acide citrique	0 — 80
Eau distillée	80 grammes
Sirop de sucre	990 —

Une cuillerée à café contient 0 gr. 001 d'arseniate ferreux dissous. A. G.

MÉDECINE

La phlébite scarlatineuse. — La scarlatine qui atteint l'endocarde et le péricarde, ne touche que rarement les veines. Trousseau n'a pas observé la phlébite scarlatineuse. MM. Moizard et Ulmann, qui publient une observation personnelle de phlébite scarlatineuse (Arch. de médecine des enfants, octobre 1899), n'ont pu retrouver que quatre observations analogues.

Résumons rapidement ces observations. Dans celle de MM. Moizard et Ulmann, il s'agit d'une enfant de quatre ans et demi qui, quatre jours après le début d'une scarlatine d'intensité moyenne, fut atteinte de phlébite des veines axillaire et humérale, avec douleurs très vives, cordon veineux dur et gros ; œdème blanc et menace de suppuration. Des foyers purulents se montrèrent au niveau de l'épaule, du coude et des poignets et donnèrent issue à un pus mêlé de sang. Un mois après, la malade sortait de l'hôpital complètement guérie. L'examen bactériologique du sang au niveau des veines thrombosées, montra l'existence de streptocoques.

Hœfnagels a cité le cas d'une enfant atteinte, vers le quinzième jour de la scarlatine, de septicémie avec adénophlegmon du cou et phlébite de la jugulaire externe. La guérison survint en un mois.

Rees a vu mourir une femme de 24 ans, qui avait eu récemment la scarlatine, avec une phlébite des veines iliaque et fémorale, et des caillots remontant dans la veine cave.

J. Cockle a vu un enfant de quinze mois emporté au cours d'une scarlatine par une phlébite de la veine jugulaire et des sinus. Goodall a vu survenir, au onzième jour de la scarlatine, chez une fillette de huit ans, une thrombose des veines de Galien, qui amena la mort au milieu de convulsions.

Ainsi la phlébite scarlatineuse est rare. Elle survient tantôt d'une façon précoce, au quatrième jour de la maladie, tantôt tardivement, vers le quinzième jour. Elle semble plus fréquente dans les scarlatines graves avec infection profonde de l'organisme. Le plus souvent, elle paraît due, comme la plupart des complications de la scarlatine à une infection streptococcique d'origine pharyngée.

La phlébite siège avec une fréquence assez remarquable sur les veines encéphaliques. Peut-être ces thromboses des sinus peuvent-elles expliquer les cas de mort brusque avec

Digitized by Google

accidents cérébraux dans le cours d'une scarlatine non compliquée d'albuminerie. — E. L. M.

Eruptions cutanées dans les néphrites. — Les éruptions cutanées ne sont pas communes dans les néphrites. Willan les a le premier signalées.

Merck (Arch. f. dermat. et syph. 1898), en a décrit 4 types : 1° un eczéma papuleux chronique ; 2° un prurit persistant ; 3° une forme d'urticaire ; 4° une variété d'érythème papuleux qui apparaît sur la face d'extension des mains et des membres, s'étend progressivement à tout le corps, sans en exclure la paume des mains, la plante des pieds et la face et guérit, après 3 ou 4 jours, en donnant lieu à une desquamation généralisée. Les papules sont souvent hémorragiques.

Plus rarement, elles deviennent pustuleuses ou se recouvrent de croûtes. Cette éruption indique toujours une forme grave d'urémie.

Le Cronier (Transact, of Clinical soc. 1892), Huet, Bruzelius ont observé des éruptions analogues.

Lindley Scott (Brit, Journ. of dermat., juill. 1899) en publie encore 5 cas observés chez des malades atteints de néphrite parenchymateuse avec urémie gastro-intestinale. Ces éruptions semblent en rapport avec l'existence de l'alkaptonurie, c'est-à-dire de la présence dans l'urine les produits du groupe aromatique.

Le myxœdème associé au goitre exophtalmique. — Babinski, Sollier et d'autres auteurs ont déjà signalé l'apparition possible, au cours du goitre exophtalmique, de phénomènes myxœdémateux. Howard Morrow (*Brit. Journ. of Dermatol.*, juillet 1899), publie une nouvelle observation dans laquelle les deux syndromes sont associés. Une femme de 45 ans vit survenir un œdème dur, symétrique, au-dessous de ses chevilles ; en deux mois, cet œdème s'étendit aux deux membres inférieurs ; puis en huit mois il gagna la face, particulièrement les paupières inférieures. En même temps, les mouvements étaient devenus lents, les forces avaient diminué, la face avait perdu toute expression, les cheveux étaient devenus minces, et la voix avait pris le timbre particulier aux myxœdémateux.

Le traitement thyroïdien amena une amélioration considérable ; les cheveux repoussèrent et les forces revinrent. En même temps un des lobes du corps thyroïde s'hypertrophia, le pouls s'accéléra, des attaques de palpitations survinrent, une certaine tendance à la syncope se manifesta. Puis l'exophtalmie, le tremblement des mains, le signe de Graefe complétèrent le tableau du goitre exophtalmique.

Cependant l'œdème dur, non dépressible, indolore, bilatéral et symétrique, localisé à la partie inférieure des deux jambes au-dessus des chevilles, persista. La peau garda son aspect éléphantiasique. — E.-L. M.

L'Aortite pneumonique. — On sait, depuis les travaux de Potain, qu'il existe des inflammations aiguës de l'aorte susceptibles de guérir complétement. Bien plus, l'aorte est capable de modifier ses dimensions avec une grande rapidité. L'aortite aiguë peut se rencontrer au cours ou dans la convalescence de la plupart des infections, mais peu d'auteurs avaient cité la pneumonie. Luton disait que l'aortite accompagne souvent les grandes phlegmasies thoraciques dans lesquelles l'inflammation de l'artère semble avoir été puisée. Boinet et Romary ne citent pas le pneumocoque comme susceptible de déterminer de l'aortite, et cela, de par l'expérimentation.

Collard (*Th. Paris 1899*) rapporte deux observations d'aortite pneumonique observées dans le service de M. le professeur Potain et esquisse l'étude de cette maladie.

L'aortite pneumonique peut survenir soit dans la convalescence, soit à la période d'hépatisation de la pneumonie, parfois à une époque relativement tardive. Tombolan-Fava a observé un cas où l'aortite a débuté avant l'infection pulmonaire. Les deux malades dont Collard rapporte l'observation étaient atteints de pneumonie infectieuse avec état typhoïde, prostration, diarrhée, gargouillement dans la force iliaque droite, rate volumineuse et pression artérielle basse.

Pour expliquer l'éclosion de l'aortite, on a pensé que l'envahissement des parois de l'artère se faisait de proche en proche, par suite de ce fait que Weichselbaum a trouvé le pneumocoque dans le tissu cellulaire du médiastin des pneumoniques qu'il a autopsiés. Bureau n'admet pas ce mode de propagation. Il semble plus vraisemblable que l'agent infectieux est puisé par les veines pulmonaires dans le foyer primitif et qu'il gagne l'aorte par l'intermédiaire de l'oreillette et du ventricule gauches. D'ailleurs, Cuzzaniti a constaté la présence formelle de pneumocoque dans les parois de l'aorte altérée chez un sujet atteint d'endocardite aigue *a frigore*. Toutefois, on peut admettre que certaines variétés d'aortite sont dues à des pneumotoxines ou à des infections secondaires au cours de la pneumonie.

L'aortite se développe ordinairement dans la portion initiale de l'aorte ; mais on ne peut encore rien dire de l'anatomie pathologique qui est tout entière à faire.

Au point de vue sémeiologique, le début est insidieux, la maladie s'installe à petit bruit, peut débuter par une élévation de température ou par la persistance de la fièvre. Il y a de la dyspnée, de la toux sèche et quinteuse, de l'expectoration d'œdème pulmonaire, de la *douleur retro-sternale* pouvant avoir les irradiations de l'angor pectoris. Les signes les plus importants sont l'augmentation de la matité sternale de l'aorte et l'élévation de la sous-clavière droite. L'augmentation de la matité est due principalement à un allongement plus ou moins considérable de l'artère enflammée. L'aortite s'accompagne fréquemment de l'inflammation des valvules sigmoïdes, reconnais-

Digitized by Google

sable aux signes particuliers dus à cette lésion, le second bruit est éteint et sourd, sans être dur; puis, au bout de quelques jours, il devient dur, analogue au bruit du tabourka. Dans les cas d'aortite ulcéreuse avec endocardite de même nature, les signes de l'aortite se confondent avec les symptômes généraux graves de l'endocardite ulcero-végétante.

Le pronostic immédiat est d'ordinaire bénin, la guérison se produit assez rapidement; mais, en ce qui concerne le pronostic mediat, on est en droit de se demander si le malade n'aura pas, du fait de sa maladie, contracté une prédisposition fâcheuse à des localisations aortiques ultérieures. D'autre part, la sigmoïdite aiguë peut devenir chronique et donner lieu ultérieurement à une insuffisance aortique avec toutes ses conséquences.

Comme traitement, Collard conseille d'éviter avec soin toute excitation circulatoire susceptible de retentir d'une façon fâcheuse sur l'aorte; donc : conseiller l'immobilité et le decubitus dorsal; ou la position demi-assise, si la dyspnée l'impose. Mettre le malade au régime lacté exclusif. Eviier les émotions. Combattre l'érèthisme circulatoire par la digitale.

Recourir aux antiphlogistiques. Ne pas hésiter à employer le vésicatoire (Potain). En cas d'œdème aigu du poumon, faire une saignée. Le coton iodé, la teinture d'iode, ou l'emplâtre de Vigo, continueraient dans la suite l'effet des révulsifs précédemment énoncés. On pourra faire également des inhalations d'oxygène, des ventouses sèches, une injection de morphine si le rein le permet. Si la morphine se trouvait contrindiquée, les inhalations de nitrite d'amyle la remplaceraient avantageusement. L'erethysme cardiaque sera combattu par les bromures et le valerianate d'ammoniaque. En cas de défaillance du cœur, on fera des injections d'éther, de caféïne et d'huile camphrée. Si l'aortite aigue n'a pas cédé en quelques jours à un régime hygiénique et diétetique sévère, il est indispensable d'administrer les iodures. Le sirop iodo-tannique est employé également avec avantage. — S. R.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la pleurésie purulente sans thoracotomie. — Ce serait soulever une grave et longue question que de vouloir régler l'indication précise de la thoracotomie dans la pleurésie purulente.

Pour certains, intransigeants, dès qu'il y a du pus dans la plèvre, on doit immédiatement ouvrir la poitrine. C'est la thoracotomie systématique appliquée à tous les cas, acceptée par une forte majorité.

D'autres pensent qu'il est possible parfois d'éviter l'opération et de réduire au minimum l'intervention. De là quelques procédés spéciaux.

Sans prendre parti aujourd'hui, tout au moins pour le fond, il paraît utile de passer en revue quelques-unes des méthodes mises en œuvre et principalement celles qui ont fait l'objet de publications récentes, sans être elles-mêmes absolument nouvelles.

Nous ne citerons que pour mémoire la thoracentèse classique et la pratique recommandée par M. Cadet de Gassicourt. Ponctionner de bonne heure tout à la fois dans un but diagnostique et dans un but thérapeutique, quatre à cinq jours après une première ponction en pratiquer une seconde, puis à même intervalle une troisième, mais à la condition qu'à chaque ponction le liquide purulent ait diminué d'un tiers ou de plus.

A la ponction simple, on peut ajouter le lavage pleural. Ici il y a encore dissidence : quelques accidents observés à la suite de l'introduction de liquide dans la plèvre ont fait dicter par certains l'interdiction formelle de tout lavage intra-pleural.

Par opposition, il existe des méthodes qui reposent sur le lavage.

Telle la méthode, connue surtout en Russie depuis près de 10 ans sous le nom de méthode de Lewaschew, sujet de publications nombreuses dans les journaux russes dont la dernière, celle de M. A. A. Kissel, reproduite dans le *Jahrbuch für Kinderheilkunde* (Bd L. H. 1 et 2, août 1899, p. 51).

Au début, M. le prof. Lewaschew ne s'adressait qu'aux pleurésies séreuses, depuis il a étendu sa pratique aux épanchements purulents. L'idée directrice était de chercher à modifier la plèvre par la substitution d'un liquide indifférent, analogue au sérum, d'une solution de chlorure de sodium à 7 °/oo par exemple, à l'épanchement pathologique.

Voici la technique du procédé : ponction au lieu d'élection, comme d'habitude, avec un trocart pourvu de deux ajutages et muni d'un robinet; la ponction faite, mise en communication de l'ajutage latéral à l'aide d'un tuyau de caoutchouc, dont un petit segment en verre, avec le récipient contenant plusieurs litres d'eau salée chaude (38°-40°) et élevé d'un mètre au-dessus du lit.

La pointe du trocart retirée, le robinet de la gaine fermée, on ajuste un tube de caoutchouc pour l'écoulement. On ouvre alors de robinet, le pus et l'eau salée sortent mélangés.

On laisse passer jusqu'à ce que le liquide vienne clair ou à peu près. On a souvent besoin de 5 à 6 litres de solution salée; le lavage dure parfois une heure.

D'après M. A.-A. Kissel, il peut suffire d'un seul lavage, mais parfois il faut le répéter 2, 3, 5, 6 et même 19 fois. Dans ce dernier cas il semblerait qu'on eût mieux fait de recourir à la thoracotomie.

Les résultats de cette méthode s'interprètent encore difficilement. A son actif, elle présente des guérisons très rapides, à son passif elle compte aussi des morts, mais, il faut le dire, par le fait même de la maladie et nullement par suite d'accidents dus de près ou de loin à la méthode elle-même.

Digitized by Google

C'est donc un moyen qui nous est offert lorsque, pour des raisons diverses, nous ne croyons pas devoir pratiquer d'emblée la thoracotomie.

C'est encore un dérivé de la thoracentèse, mais aussi un peu légèrement parent de la thoracotomie que le drainage permanent, procédé déjà ancien et qu'on appelle en Allemagne méthode du syphon de Bülau. A son sujet, M. le Dr Aust (de Nauen), nous fournit quelques détails *(Zeitschrift für prakt. Ertzte*, n° 14 — 15 juillet 1899).

En voici le manuel. Au lieu de la ponction, qui a révélé la présence du pus, on enfonce un fort trocart. Dans la gaine de ce trocart, la pointe étant retirée, on introduit une sonde de Nélaton à bout coupé, qui doit plonger de 6 à 8 centimètres dans le thorax. On maintient la sonde en place et on enlève la gaine métallique. Il ne reste plus que la sonde en caoutchouc, qu'on ferme par compression des doigts.

On en relie l'embouchure à un tube de verre d'environ 10 cm. de long, lui-même prolongé par un tuyau en caoutchouc d'environ 75 cm. Tout cet ensemble de conduits aboutit par l'extrémité inférieure dans un vase rempli d'une solution boriquée ou de tout autre antiseptique, 50 à 100 cc, environ, placé en bas, dans la table de nuit par exemple.

On maintient l'appareil en place, à l'aide d'une épingle de nourrice piquée dans la paroi du tube, sans en obturer *la lumière*, et d'un morceau de diachylon en croix de Malte qui recouvre un petit pansement de gaze iodoformée et d'ouate. Un bandage de corps, doublé d'ouate, garantit le tout. On peut fixer le tube en verre au drap de lit.

On assure aussi la fixité du tube à la partie inférieure, dans le vase, soit par une autre épingle de sûreté et un lien, soit de toute autre façon.

On laisse le tout en place, on se contente de renouveler le pansement et de changer le récipient, et son contenu au moins chaque jour, le tout sans laisser pénétrer l'air en quantité tout au moins.

Au besoin, on peut se servir du siphon pour faire des lavages, à l'eau de chaux, d'après M. le Dr Aust. C'est le cas lorsque des fragments fibrineux menacent d'obturer le tube.

A moins de nécessité absolue, par suite d'élargissement de la plaie, éventualité très rare, on ne change pas la sonde de Nélaton. On ne l'enlève d'une façon définitive que lorsqu'il ne s'écoule plus de pus depuis plusieurs jours.

La méthode de Bülau s'appliquerait aussi bien aux empyèmes simples qu'aux empyèmes compliqués de pneumothorax.

Cette pratique a ses enthousiastes et ses adversaires. Quoi qu'il en soit, c'est une ressource autre que la thoracotomie et qui peut avoir ses applications dans la pratique. A ce point de vue, la méthode du siphon de Bülau, comme la méthode de lavage de Lewaschew, mérite qu'on se la rappelle au besoin. — H. G.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des plaies pénétrantes de l'utérus gravide. — Les plaies accidentelles de l'utérus gravide ne sont pas d'une grande rareté ; leur gravité dans la plupart des cas explique leur intérêt pour l'accoucheur et le chirurgien, et la conduite à tenir en leur présence est très importante à connaître. Estor et Puech viennent d'en faire une étude très intéressante (Rev. de Gynéc. 99).

D'après eux, l'intervention précoce est formellement indiquée et l'expectation n'est autorisée que dans deux cas : lorsque le traumatisme remonte à plusieurs jours sans qu'il y ait de réaction peritonéale; lorsque le shock est tellement accentué qu'on redoute un dénouement fatal sous l'influence de l'intervention.

A ce principe de l'intervention précoce, on peut opposer les cas de guérison spontanée; en faveur de l'abstention on peut faire valoir les observations de ponctions de l'utérus gravide, soit dans un but thérapeutique, soit à la suite d'une erreur de diagnostic, et n'ayant pas déterminé d'accidents. Mais les ponctions ont été aseptiques, pour la plupart, aussi ne peuvent-elles pas être assimilées aux blessures accidentelles qui sont le plus souvent septiques.

Contre l'intervention s'élève encore une objection, l'interruption de la grossesse, mais on sait que celle-ci est presque fatale lorsque l'œuf a été ouvert.

Aussi malgré tout, le principe de l'intervention précoce reste bien établi.

L'intervention consiste à mettre d'abord l'utérus à nu et la conduite ultérieure varie suivant l'étendue, le nombre et la gravité des lésions.

Tantôt, en effet, celles-ci permettent de conserver l'utérus ; tantôt elles sont si considérables qu'elles ne peuvent être réparées et que l'on doit sacrifier l'organe ; dans d'autres cas enfin, il existe d'autres lésions viscérales donnant lieu à des indications particulières.

1° Les plaies dont le traitement est compatible avec la conservation de l'utérus sont complètes ou incomplètes,

A. *Plaies incomplètes.* Ce sont les plus bénignes et l'on devra dans ce cas affronter les lèvres de la solution de continuité (utérus et péritoine), faire la toilette de la séreuse péritonéale et refermer le ventre. On obtient le plus souvent la guérison et même la grossesse continue son cours. Il serait dangereux de s'abstenir de sutures, et en laissant une déchirure béante on s'exposerait à une hémorragie mortelle.

B. *Plaies complètes.* — Avant de fermer la solution de continuité, il faut ici se préoccuper du contenu de l'utérus. Plusieurs cas peuvent se présenter : le fœtus peut être en partie sorti de l'utérus; il peut y avoir seulement issued'un membre ou des annexes fœtales ; enfin annexes et fœtus sont encore en entier dans l'utérus.

a. Si le fœtus est hors de la matrice il faut après section du cordon ombilical, l'extraire par voie abdominale, dût-on pour cela agrandir la plaie utérine. Le placenta et

Digitized by Google

les membranes seront extraites par la même voie comme dans l'opération césarienne.

b. Si un membre ou une portion des annexes font hernie à travers la plaie, la conduite à tenir est plus délicate; doit-on débarrasser l'utérus de son contenu ou seulement réduire la partie herniée ? Ces deux procédés ont été appliqués avec un égal succès.

L'extraction nécessite l'agrandissement de la plaie et l'on expose la femme aux dangers de l'opération césarienne, hémorrhagie, shock. Si l'on se contente de réduire et de suturer, le traumatisme est moins grave, mais ne doit-on pas redouter de voir céder la suture sous les efforts de la poussée utérine au moment de l'expulsion par les voies naturelles ? Il ne faut pas s'exagérer cette crainte et plusieurs observations le démontrent parfaitement. Aussi Estor et Puech conseillent-ils de réduire les parties herniées et de suturer la déchirure ; outre que cette opération est moins grave que l'opération césarienne, elle est plus à la portée du praticien.

c. Lorsque les annexes sont restées en totalité dans l'utérus, il n'y a aucun doute on ne cherchera pas à faire l'extraction par voie abdominale

Dans tous ces cas, comment traiter la plaie utérine ? Ses lèvres doivent être réunies comme dans l'opération césarienne et pour que la réunion soit parfaite il est nécessaire de faire deux étages de sutures, l'un profond pour la partie musculaire, l'autre superficiel pour la séreuse péritonéale.

La toilette du péritoine ne sera jamais négligée à cause de l'issue du sang, du liquide amniotique, de matière sébacée ; elle sera assurée par un lavage à l'eau salée ou boriquée tiède avec nettoyage minutieux.

Dans les plaies irrégulières de l'utérus, il ne faudra pas craindre de régulariser au bistouri ou aux ciseaux les lèvres de la plaie afin d'obtenir un bon affrontement.

Enfin il sera toujours prudent de drainer au moyen d'un tube ou d'une mèche de gaze qu'on pourra retirer au bout de deux jours.

2° Les lésions graves et multiples de l'utérus, les larges plaies contuses à bords déchiquetés et infiltrés de sang, nécessitent l'ablation de la matrice. Dans ces plaies étendues, le fœtus peut déjà avoir été chassé hors de l'utérus et de l'abdomen, sinon, on procédera à son extraction, dût-on agrandir la plaie.

Doit-on faire l'hystérectomie totale ou partielle ? La première est préférable, car avec elle on n'aura pas à redouter l'hémorrhagie et l'infection observées dans les ablations partielles et due à la présence du moignon cervical; de plus, les suites opératoires sont plus courtes.

Malheureusement cette opération n'est pas à la portée de tous et le médecin qui n'est pas familiarisé avec les grandes opérations abdominales choisira de préférence l'hystérectomie supra-vaginale, d'une exécution plus facile. Estor et Puech conseillent dans ce cas de faire un pédicule externe, ce qui est ici particulièrement facile, ces plaies étant le plus souvent haut situées sur la paroi antérieure.

3° Lorsque la plaie utérine est accompagnée de lésions viscérales diverses (intestin, vessie, etc.), celles-ci seront traitées suivant le mode qui convient à chacune d'elles.

On opposera aux phénomènes de shock et de collapsus, les moyens ordinairement employés pour relever les forces, c'est-à-dire les boissons alcooliques, les inhalations d'oxygène, les injections de caféine et d'éther, les injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum ; grâce à eux, la malade se trouvera dans les meilleures conditions pour résister au shock de l'intervention. — J.-H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

De l'affaiblissement de la virulence du vaccin dans les pays chauds. — M. Hervieux. Parmi les causes susceptibles d'atténuer et même d'annihiler la virulence du vaccin, il faut citer en première ligne l'action de la chaleur. La température de 41° atténue rapidement la virulence de la pulpe glycérinée. La température de 30°, prolongée pendant 48 heures, atténue aussi cette virulence, mais beaucoup moins rapidement, puisqu'elle permet à la pulpe de rester virulente trois mois après sa mise à l'étuve. La même température prolongée pendant 24 heures ne fait subir à la pulpe aucune atténuation appréciable.

Des températures excédant 37° peuvent annihiler les propriétés virulentes de la pulpe, mais encore faut-il que cette température ait été prolongée, tandis que des températures au-dessous de 37° demandent, pour avoir une action stérilisante, un temps très long.

Il résulte de ces faits, qu'en été, dans les pays chauds, il est nécessaire d'employer rapidement les envois de pulpe glycérinée faits par les centres vaccinogènes, et d'utiliser les réfrigérants pour combattre l'action de la chaleur *(13 février)*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Anurie complète de sept jours, sans urémie, chez un malade atteint de lithiase rénale, de ramollissement cérébral et protubérantiel, de cirrhose hépatique, de myocardite et d'aortite chroniques. — M. Louis Rénon. Je viens d'observer un cas complexe et bien intéressant où, contre toute vraisemblance, malgré des causes multiples d'urémie, celle-ci a fait défaut au cours d'une anurie complète de sept jours, très probablement d'origine calculeuse. Le malade ayant succombé quelques jours plus tard au milieu de symptômes de paralysie pseudo-bulbaire, le troisième jour d'une seconde crise d'anurie, l'autopsie révéla un véritable musée pathologique, à savoir : un ramollissement cérébral et protubérantiel, des calculs uratiques des deux reins, de la cirrhose hépatique, de la myocardite et de l'aortite chroniques.

Avec de pareilles lésions, il semble qu'un tel malade devait succomber rapidement à l'arrêt complet de la dépuration urinaire, et cependant il a résisté pendant sept jours

Digitized by Google

son anurie, sans présenter le moindre trouble, et il paraît avoir succombé beaucoup plus à son ramollissement protubérantiel qu'à sa seconde crise d'anurie. Le cas vient donc à l'appui des idées émises sur la complexité des facteurs de l'urémie dont le déterminisme est loin d'être complètement élucidé.

Sur les méthodes propres à apprécier l'état des fonctions rénales — M. Vaquez résume dans les conclusions suivantes son opinion sur ce sujet :

Dans l'état actuel, aucune de ces méthodes n'est capable de nous renseigner d'une façon précise sur le pronostic immédiat ou éloigné de l'insuffisance rénale. D'une façon très générale, l'examen des urines et la méthode du bleu nous font pressentir l'imperméabilité rénale, par l'abaissement du chiffre de l'urée et des sels, par le retard marqué du passage de la matière colorante ; mais l'absence des phénomènes sus-indiqués n'est pas contradictoire avec l'existence de l'imperméabilité rénale, même prochainement menaçante. L'application de la cryoscopie à l'évaluation des échanges osmostiques, donne des résultats qui ne sont pas actuellement plus certains. L'abaissement du point de congélation de l'urine, celui du sérum restant le même ou augmentant, est une présomption presque certaine de l'imperméabilité. Mais l'absence de ce rapport n'est pas non plus en opposition formelle avec l'imperméabilité.

Pour l'avenir, l'application de la cryoscopie à l'étude des échanges qui se font au niveau du rein, à l'état normal et pathologique pourra, plus que toute autre méthode, nous donner une connaissance analytique parfaite ou approchée des phénomènes qu'il nous importe de connaître en clinique.

Actuellement, il nous paraîtrait prématuré de donner une classification nosologique des néphrites sur les résultats des méthodes en usage.

M. Bernard. — Des symptômes urémiques peuvent co-exister avec une élimination suffisante des substances excrémentielles toxiques et expérimentalement introduites dans l'organisme, constatée par les moyens d'investigation connus actuellement. Ce fait peut être interprété de deux façons différentes : ou bien il en résulte que ces procédés renseignent insuffisamment sur l'état de la fonction excrémentitielle du rein, qui peut être différente pour chacune des substances à éliminer ; de sorte que le passage du bleu ou de l'urée ne peut nous renseigner sur le passage de tous les corps qui constituent la dépuration urinaire.

Ou bien il résulte du fait déjà mentionné que la perméabilité rénale est réellement conservée lorsque les procédés en usage l'indiquent. Et, si elle est conservée dans les cas où existent des phénomènes dits urémiques, il est inévitable de conclure que l'imperméabilité rénale n'est pas le seul facteur des manifestations cliniques qui constituent l'urémie. Autrement dit l'urémie ne relève pas seulement de l'insuffisance fonctionnelle d'autres organes.

A propos du suc gastrique animal. — M. Hayem. L'estomac isolé par le procédé de M. Fremont, est en partie privé des branches nerveuses qu'il reçoit du pneumo-gastrique et qui ont été sectionnées. Cette énervation ne diminue pas l'acidité du suc gastrique, mais fait disparaître presque complètement la pepsine.

L'analyse du produit de M. Fremont montre une acidité exagérée, due presque exclusivement à de l'acide chlorhydrique libre. De nouvelles recherches sont encore nécessaires pour en démontrer la valeur.

Complications graves d'une blennorrhagie — M. Danlos rapporte un cas de blennorrhagie aiguë chez un homme de 30 ans, alcoolique, dans le cours de laquelle on observa une rétention complète d'urine sans rétrécissement, suivie d'une rupture de l'urèthre dans un effort de miction, d'infiltration d'urine, de gangrène de la verge et d'accidents métastatiques : abcès à la cuisse, à l'avant-bras, à la fesse gauche, pneumonie. Enfin mort par méningite du ventricule latéral gauche. — (9 *février*).

FAITS CLINIQUES

Cirrhose alcoolique avec gros foie chez un enfant tuberculeux

Par le Dr Gaston Lacaze

La question des progrès de l'alcoolisme en France est actuellement à l'ordre du jour. Ses funestes effets ont été constatés depuis longtemps déjà dans le Nord et l'Ouest. On pourra se rendre compte, par l'observation suivante, recueillie pendant les vacances de 1898 et de 1899 dans un département des bords du Rhône, que le fléau gagne aussi le Midi où il fait de terribles ravages :

Joseph O..., âge : 10 ans 1/2. Famille de cultivateurs aisés. Père mort à 42 ans, en 1897, de tuberculose pulmonaire. Mère bien portante. Une sœur, âgée de 16 ans, est d'une santé délicate.

Le petit malade s'est toujours bien porté jusqu'au mois de janvier 1898. A ce moment : fièvre, toux pénible, crises de suffocation. Un médecin consulté, diagnostique une congestion pulmonaire grippale. Depuis cette époque, le malade ne s'est jamais rétabli, n'a pas cessé de tousser ; il transpire la nuit et a encore quelques crises passagères de suffocation. Depuis un mois environ, et nous sommes au 27 août 1898, il se plaint de douleurs dans le ventre.

Teint pâle, jaunâtre, maigreur effrayante.

Examen de la poitrine : Percussion ; en arrière, au sommet droit, résistance très nette au doigt, tonalité plus élevée. Sonorité normale dans les autres parties des poumons en arrière.

En avant : au sommet droit, submatité assez marquée dans la région sous-claviculaire droite.

Auscultation : au sommet, en arrière et à droite, respiration rude, quelques craquements secs. Mêmes signes plus accentués au même point en avant. Dans les deux poumons, râles de bronchite disseminés.

Cœur : normal.

Abdomen : Le ventre est gros, ballonné, les flancs un peu élargis. Nous remarquons une circulation collatérale très nette sur la paroi abdominale. A première vue, nous songeons à une péritonite tuberculeuse, mais en déprimant l'abdomen, nous sommes surpris de trouver un foie volumineux. Le foie dépasse

Digitized by Google

de trois travers de doigt environ le rebord costal, il est lisse, arrondi, douloureux à la pression. Il y a un peu de liquide péritonéal, qui se déplace avec les changements de position. La rate est légèrement hypertrophiée.

La langue est sèche, l'inappétence absolue, mais le malade n'a jamais eu de vomissements. Les selles sont normales.

Poussée fébrile chaque soir, transpiration nocturne, affaiblissement général très marqué.

Connaissant les funestes habitudes de la région, nous demandons à la mère comment elle alimente son enfant et ce qu'il boit. Nous apprenons alors que depuis le mois de janvier, *vu son état de faiblesse*, le malade absorbe chaque jour *trois ou quatre grands verres de vin rouge*. Il prend le vin pur et sucré.

Dès lors le diagnostic s'imposait, nous avions affaire à une cirrhose alcoolique, hypertrophique à ses débuts.

Nous proscrivons toute espèce de vin ou d'alcool et ordonnons le régime lacté absolu. Lait bouilli coupé d'un quart d'eau de Vals (St.-Jean). Un purgatif salin, le lendemain matin, un lavement frais chaque soir; badigeonnages iodés et laudanisés sur le ventre; révulsion iodée au sommet du poumon droit.

8 septembre 1898. — Le régime lacté a été très exactement suivi et bien supporté.

Quantité de lait par jour : environ un litre et demi.

Le teint est moins jaune. La langue, quoique blanche et pâteuse, est moins sèche. Les douleurs du ventre ont disparu. Urines claires, abondantes : ne contiennent ni albumine, ni sucre. Ventre sensiblement diminué de volume, ce qui est plutôt le fait de la disparition du liquide ascitique, car le foie est toujours aussi gros. Signes pulmonaires peu modifiés, sauf les râles bronchitiques qui sont moins nombreux. Faiblesse toujours grande.

Nous continuons le régime lacté et, sur la demande du malade, nous y ajoutons, une fois par jour, un peu de purée de pommes de terre.

Traitement : 0,15 centigrammes de calomel tous les huit jours, continuer les lavements frais tous les deux jours seulement.

25 septembre 1898. — Etat général beaucoup meilleur; le malade demande à se lever.

On ne retrouve pas de liquide dans le péritoine ; le foie a lui-même notablement diminué et ne dépasse le rebord costal que d'un travers de doigt et demi environ. En somme, amélioration marquée.

Devant rentrer prochainement à Paris, nous conseillons de continuer le régime lacté mixte avec quelques légumes, quelques œufs, viandes légères, progressivement. On continuera encore deux mois, le calomel tous les 15 jours. En hiver, si le malade va mieux et si l'estomac le permet, il prendra deux cuillerées par jour d'huile de foie de morue.

Mai 1899. — Revoyant le malade à cette date nous sommes stupéfait de son état. La figure est bonne, le teint rosé, l'enfant a beaucoup engraissé. Le ventre est normal, le lacis veineux a presque totalement disparu. le foie ne dépasse plus les fausses côtes. Les lésions pulmonaires se sont elles mêmes modifiées. Au sommet droit, on trouve encore de la submatité, une respiration rude, mais les craquements secs ont beaucoup diminué.

Le malade n'a pas quitté le régime lacté mixte, a bu tout l'hiver et boit encore deux cuillerées à soupe d'huile de foie de morue.

Il est malheureusement survenu un petit incident. Un ganglion du cou s'est hypertrophié, puis ouvert et suppure actuellement, un autre est près de s'ulcérer. Nous faisons donner, en plus de l'huile de foie de morue, deux cuillerées à café de la solution : hypophosphate de soude, 6 grammes; arséniate de soude, 0 gr. 10 ; eau distillée, 240 grammes.

Août 1899. — La guérison de la cirrhose s'est maintenue complète. La lésion pulmonaire reste stationnaire. Un des ganglions suppure encore. L'état général est très satisfaisant, l'appétit excellent.

Cette observation nous a paru digne d'être publiée car la cirrhose alcoolique est une maladie fort rare dans le jeune âge. D'Espine et Picot (édition de 1899), n'ont pu recueillir que 100 cas dont 11 dus à l'alcool. Hébrard (*Thèse de Lyon*, 1886), cite 7 cirrhoses alcooliques sur 51 cas de cirrhose chez l'enfant. L'alcoolisme est donc un facteur peu commun. C'est l'avis de Roland (*Thèse de Paris*, 1895). Dans notre observation la cause ne peut être mise en doute. Le malade, atteint de phtisie au début, a absorbé pendant sept mois environ *trois ou quatre grands verres de vin pur par jour*. Sa mère croyant bien faire, nous a avoué tout naturellement la chose. De tels faits peuvent paraître surprenants, mais ne sont malheureusement pas rares dans un pays ou les enfants (je ne parle pas des adultes hommes et femmes), ne mettent jamais d'eau dans leur vin, et boivent souvent le matin à jeûn, avec leurs parents un petit verre d'eau-de-vie.

La cirrhose, dans le cas qui nous occupe, ne pouvait avoir aucune autre cause que l'alcoolisme, l'enfant n'ayant jamais eu de fièvre éruptive, ni de fièvre typhoïde, ni aucune maladie pouvant la produire. Ce que l'on peut se demander, c'est si nous ne sommes pas en présence d'un fait analogue à ceux que rapporta M. le Pr Hutinel dans le *Bulletin médical* (1889 et 1890), et où il diagnostiqua une hépatite tuberculeuse hypertrophique. Notre malade est, en effet, atteint de tuberculose pulmonaire au début, les lésions ganglionnaires du cou sont la signature des lésions pulmonaires. Chez les malades de M. Hutinel, nous retrouvons aussi du développement du ventre, des veines dilatées, de l'ascite et une énorme hypertrophie du foie. Mais chez ces petits malades qui n'avaient jamais bu d'alcool, on ne pouvait pas invoquer l'alcoolisme, et d'ailleurs chez eux, dit M. Hutinel, l'abstinence de l'hôpital n'eut aucun effet sur la lésion du foie. De plus dans les cas cités, malgré le régime lacté et le traitement, bien que l'état général se fût beaucoup amélioré, le foie resta toujours énorme.

Chez notre malade au contraire, l'abstention de tout vin et de tout alcool, le régime lacté ont produit une amélioration rapide et même une guérison qui, nous l'espérons fermement, se maintiendra. Nous ne devons donc pas croire à un cas de tuberculose du foie, mais il nous semble plutôt que nous avons affaire à une de ces cirrhoses alcooliques à gros foie, dont parlent MM. Hanot et Gilbert, où la guérison est la règle, contrairement aux autres cirrhoses alcooliques où elle est l'exception.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 267, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE

Maladie des artères

I

L'importante monographie (1) du savant professeur viennois Schrœtter, est la première partie d'une œuvre plus complète qui doit embrasser toute la pathologie du système vasculaire.

L'auteur expose d'abord brièvement ce que l'on sait des anomalies artérielles, et de l'hypertrophie des artères; puis, il étudie successivement : 1° les différentes formes de l'artérite; 2° l'artériosclérose; 3° la tuberculose; 4° la syphilis des vaisseaux; 5° la dilatation des artères et les anévrysmes.

Ce simple énoncé des têtes de chapitre montre bien que le prof. Schrœtter n'a pas suivi la route habituelle des classiques et qu'il a voulu faire œuvre originale. Il suffit de constater que le terme d'artérite chronique n'est plus opposé à celui d'artérite aiguë et que la base de classification des lésions artérielles, adoptée par l'auteur, est celle de la pathogénie et de l'étiologie.

L'hypertrophie de la tunique moyenne, avec élargissement du calibre de l'artère, est une lésion bien souvent observée, dès que l'on se trouve en présence d'un obstacle opposé à la circulation. L'utérus gravide, les tumeurs fibreuses, certaines hypertrophies viscérales compensatrices, la compression d'un vaisseau, etc., en sont les causes bien connues. Par contre, l'hypertrophie de la tunique moyenne des artères, et quelquefois celle du système artériel tout entier, dans les cas de rein contracté, n'attire peut-être pas assez l'attention des observateurs. Et, comme Schrœtter le fait très justement observer, l'apparition des lésions de l'artériosclérose, au sein des tissus hypertrophiés de l'artère, semble plaider en faveur d'une sorte de communauté d'origine, entre ces deux altérations.

Il décrit rapidement les lésions de la *périartérite* par infection de voisinage : la pénétration des microorganismes dans les vasa nutritia, le trouble dystrophique secondaire de la paroi artérielle, la formation de thrombus à la surface interne, etc. Il rappelle les faits de périartérites typhique, scarlatineuse et diphtérique de Romberg, les faits plus rares d'abcès métastatiques de l'adventice (Virchow), et cette forme particulière de périartérite décrite par Kœster, pour expliquer la formation des anévrysmes. — Il admet la possibilité d'une *mésartérite*, proprement dite; et, enfin, il accepte avec la majorité des auteurs, l'existence d'une endartérite, d'une inflammation de la tunique interne.

(1) Erkrankungen der Gefæsse, von Schrœtter *Wien*, 1899.

Mais cette *endartérite* n'est pas primitive : pour qu'elle puisse se développer, il faut une altération préalable (dégénérescence graisseuse de quelques cellules endothéliales, etc.,) de la tunique interne. L'aspect des lésions ultérieures sera sous la dépendance de la nature du thrombus formé et de l'agent infectieux (endartérite verruqueuse de Heydloff, thrombo-artérite suppurative, artérite scléro-calculeuse expérimentale de Lion et Gilbert, endartérite grippale de Leyden et Guttmann, etc., etc.

Comme corollaire à ce rapide aperçu des artérites aiguës, Schrœtter se demande si l'*aortite aiguë*, telle que l'a décrite notre maître M. Huchard, doit être considérée comme une maladie autonome dont les symptômes seraient assez caractéristiques et l'évolution assez typique pour établir un diagnostic. Après une longue argumentation, il repousse l'idée d'une affection indépendante primitive; il pense que le terme-synonyme de « maladie à répétition » permet seul de conserver le nom d'aortite à l'ensemble des phénomènes cliniques observés. En somme, Schrœtter ne voit dans la lésion anatomique de l'aortite aiguë qu'une altération secondaire, non primitive, et de plus, privée de symptômes propres, dès qu'elle est observée à l'état isolé (cas de Thoma).

Sans vouloir discuter ici les assertions de l'auteur, ni défendre la possibilité d'une aortie aiguë primitive, indépendante, il faut cependant reconnaître que l'expérimentation, dont les résultats positifs sont maintenant assez bien établis, ne semble pas donner tort à M. Huchard. Il est démontré, aujourd'hui que la pénétration des parois de l'aorte par les microbes pathogènes (cas de Boinet), peut déterminer une aortite aiguë. D'autre part, « l'aortite chronique est « une cause d'appel incessante pour les poussées » d'aortite aiguë et subaiguë. »(Huchard). Au reste, ces poussées aiguës auraient, de l'aveu de Schrœtter lui même, une symptomatologie, puisqu'il leur accorde droit de cité, sous le nom de « maladie à répétition ». — Quant à savoir si ces aortites aiguës sont primitives ou secondaires, c'est affaire de terminologie, que l'avenir décidera.

Laissant de côté les formes aiguës infectieuses de l'inflammation des artères, Schrœtter décrit ensuite l'endartérite oblitérante, qu'il sépare entièrement de la périartérite noueuse et de l'endartérite déformante (ou artério-sclérose) — ces deux dernières affections ayant, d'après lui, une pathogénie absolument différente.

L'*endartérite oblitérante* de Winiwarter ou hyperplastique de Billroth, ou productive d'Orth, maladie des artères de moyen et de petit calibre, aboutit au rétrécissement et à l'oblitération du vaisseau, et répond au tableau clinique suivant : chez un homme, généralement bien portant, robuste et encore jeune

Digitized by Google

après une longue période de douleurs rhumatoïdes, dans les membres inférieurs, plus rarement dans les bras, surviennent des troubles circulatoires, caractérisés par des accès de pâleur et de refroidissement des parties malades ; puis, tout ce processus aboutit à la gangrène et à la mort par infection, si l'on n'intervient pas chirurgicalement.

La première description d'ensemble de cette maladie déjà signalée par Friedlænder (arteriitis obliterans) est due à Winiwarter. C'est d'après la majorité des auteurs, entre l'endothélium et la membrane élastique que le processus de néoformation débute. Pourtant, un des auteurs, Sternberg, affirme dans un premier travail qu'il ne s'agit pas d'une hyperplasie de la tunique interne, mais de l'hypertrophie de la moyenne ; tandis que, plus tard, il observe 8 cas d'endartérite sans aucune participation des autres tuniques. Enfin, si l'on songe que dans certains cas (Wiedemann), l'évolution clinique a été rapide sans phénomènes prodromiques, on conviendra que de nouvelles recherches sont indispensables pour bien élucider l'origine et la nature de cette affection, en réalité peu fréquente.

En effet, tout est obscur à cet égard. Ni l'hérédité, ni le sexe, ni les dyscrasies diabétique, goutteuse, ni la profession, ni le refroidissement ne peuvent être invoqués à coup sûr. Qant à la syphilis, elle ne peut être incriminée : d'une part, on ne trouve dans les antécédents des malades, ni syphilis héréditaire, ni syphilis acquise ; d'autre part, les altérations des tuniques moyenne et externe ne répondent pas à cette interprétation. Le champ reste libre pour toutes les hypothèses.

Cette réflexion peut s'appliquer également à la maladie décrite par Schrœtter, après Kussmaul, sous le nom de *péri-artérite noueuse*. Comme l'endartérite oblitérante, elle occupe les petites et moyennes artères. Comme celle-ci, elle n'est pas d'une observation courante. Mais ici, au lieu d'être diffuse, et de s'étendre d'une façon presque ininterrompue à un ou plusieurs segments de l'arbre artériel, la lésion est très circonscrite, se présente sous forme de foyers parfois innombrables, d'épaississements concentriques à contours mal limités ou de nodules excentriques et saillants donnant un aspect très caractéristique aux ramifications artérielles qui en sont le siège. On les rencontre sur toutes les artères du calibre des artères viscérales, à l'exception des artères cérébrales. Quant à la nature et à l'origine des lésions, les auteurs sont loin d'être d'accord. Contrairement à l'opinion de Kussmaul et de Weichselbaum qui incriminent l'un la péri-artérite, l'autre l'endartérite, Meyer et plus récemment Eppinger admettent une sorte de faiblesse congénitale de la tunique moyenne, qui se rompt par places ; hypothèse qui donnerait raison aux auteurs anciens (anévrysmes multiples de Pelletan et de Rokitansky) et qui semblerait confirmée par l'apparition de cette maladie chez l'enfant. Sans insister sur les désordres viscéraux causés par ces lésions artérielles (infarctus, abcès, dégénérescences, etc.), tout l'intérêt de la maladie repose dans son évolution clinique. Car, tous les malades ont présenté les signes d'une sorte de septicémie avec fièvre hectique, rapidement cachectisante, dont la durée est de deux à trois mois, et dont les localisations peuvent éveiller l'idée d'une tuberculose miliaire, d'une endocardite maligne, de trichinose, etc.

Les causes de cette curieuse affection restent obscures, et il est facile de comprendre que la théorie pathogénique défendue par les auteurs dépend surtout de l'interprétation des lésions observées, et qu'il est actuellement impossible de se prononcer entre l'opinion d'Eppinger et celle des auteurs qui admettent une infection primitive.

La *tuberculose* et la *syphilis des artères* sont exposées d'une façon assez succincte par Schrœtter. La première n'offre qu'un intérêt anatomo-pathologique et l'auteur se contente de rappeler des faits déjà connus. Quant à la syphilis artérielle, souvent invoquée dans ces derniers temps pour expliquer certaines lésions, l'auteur semble s'élever contre cette tendance. D'après lui, s'il s'agit, dans la majorité des cas, de malades notoirement syphilitiques, il n'est pas prouvé que les lésions artérielles qu'ils présentent soient une conséquence de la syphilis.

II

La seconde partie de cet intéressant ouvrage comprend l'étude de l'artériosclérose et des anévrysmes.

Dans l'*artériosclérose*, dit Schrœtter, ce sont les métamorphoses régressives qui jouent le rôle principal, et ce sont elles aussi qui donnent à la maladie son cachet particulier. C'est, au début, une anomalie nutritive des vaisseaux aboutissant à un processus hypertrophique, et non une inflammation primitive. Celle-ci peut intervenir, mais toujours secondairement. Aussi convient-il de rejeter le terme d'endartérite chronique. L'épithète de chronique mérite seule de lui être conservée. Le mot de « sclérose », d'autre part, est celui qui qualifie avec le plus d'exactitude ce processus d'induration. Aussi doit-on écarter définitivement les termes d'athérome artériel et d'endartérite déformante et noueuse qui ne traduisent que des degrés variables et inconstants d'une même maladie.

On sait que pour H. Martin, Huchard, A. Weber, et pour tous les partisans de l'artériosclérose, considérée comme une affection autonome du système artériel, c'est l'endartérite oblitérante des vasa vaso-

Digitized by Google

rum qui est la cause première des lésions régressives. Il faudrait donc, selon Schrœtter, « pour expliquer la sclérose des artères dépourvues de vasa vasorum, reporter ce travail d'endartérite sur ces artères elles-mêmes. La question se poserait alors à nouveau, de fixer l'origine et la nature de cette lésion primordiale. » Comme le fait important de tout ce grand processus réside dans la production lente de métamorphoses régressives, il serait assez juste de dire avec Schrœtter que chaque jour de notre existence nous fait « entrer davantage dans la maladie » (dass wir uns in die Erkrankung hineinleben). C'est ainsi que Schrœtter arrive insensiblement à la théorie physiologique que Thoma adopte, et que nous croyons devoir exposer à notre tour.

A l'état normal, la contraction physiologique de la tunique moyenne des artéres suffit à régulariser la vitesse du cours du sang, et à empêcher son ralentissement, causé par une irrigation insuffisante ou par une distension passagère du vaisseau.

Que cette propriété contractile, dit Thoma, vienne à s'émousser, à se perdre, que la paroi artérielle cesse d'être en contact avec la colonne sanguine, l'adaptation artérielle aura une grande tendance à se faire par quelque voie détournée. Aussi, est-ce le plus souvent dans la couche sous-endothéliale de la tunique interne que se produit une hypertrophie de nature conjonctive, jusqu'au rétablissement complet de l'équilibre entre le diamètre de la colonne sanguine et la lumière du vaisseau.

Or, sous l'influence du travail fonctionnel quotidien des organes, la tunique moyenne des artères perd chaque jour, au courant de la vie, une partie de son élasticité ; l'artère se distend, se dilate. Et c'est pour résister à la pression sanguine, désormais sans frein, que la tunique interne s'hypertrophie dans le voisinage de la membrane élastique interne. Enfin, tôt ou tard, des foyers de métamorphoses régressives se développent au sein de ce tissu néoformé.

Quant à l'origine de l'hypertrophie en question, Thoma la rattache aux alternatives de resserrement et de relâchement des tuniques artérielles, dont les éléments nerveux sans cesse irrités favorisent la production de néo-vaisseaux, qui vont, jusque dans les couches profondes de la tunique interne, porter les matériaux de nutrition nécessaires à la néoformation conjonctive.

Enfin, il appuie sa théorie sur ce fait, que la trame conjonctive subendothéliale des artères n'existe pas chez le fœtus et n'apparaît qu'après la naissance, à l'occasion des nouvelles conditions circulatoires produites par l'occlusion du trou de Botal et des artères ombilicales. La même néoformation s'observe suivant les besoins de chaque territoire vasculaire (artères carotides Sack, — artères utérines; Westphalen). Peut-être faut-il la rattacher à une sorte d'affaiblissement congénital et héréditaire de la tunique élastique.

Telle est la théorie de Thoma, défendue par Schrœtter ; si elle semble réfuter la théorie de l'artério-sclérose par endartériolite des petits vaisseaux, elle ne bat en brèche, en réalité, que l'inflammation primitive. En effet, s'il n'y a pas, à proprement parler, endartérite primitive des vaisseaux nourriciers, il y a certainement sténose ou oblitération de ces mêmes vaisseaux, et, par conséquent, ischémie des territoires correspondants. Et, c'est là le point capital.

Pour notre part, nous ferions donc volontiers aux auteurs allemands l'abandon de ce terme d'endartériolite des vasa vasorum qui implique l'idée d'une inflammation primitive ; et nous acceptons avec eux, comme lésion primordiale l'hypertrophie conjonctive sous-endothéliale de la tunique des artères. Celle-ci d'ailleurs, nous ferait comprendre et la sténose des vasa-vasorum des artères de calibre provoquant des altérations régressives athéromateuses, et la sténose des artères privées de vasa-vasorum apparents, dont l'action retentit non plus sur la paroi de l'artère elle-même, mais sur les viscères correspondants (métarphoses régressives et scléroses). Quant à cette lésion primordiale, l'hypertrophie de la tunique interne, il faudrait l'expliquer, soit par l'irritation des terminaisons nerveuses due aux modifications de la pression sanguine, soit par les désordres anatomiques causés par l'arrivée des microbes ou des toxines dans la tunique moyenne, soit encore par la propriété que possède le tissu conjonctif de combler le vide, produit par les destructions cellulaires dans les tissus, ou causé par un défaut d'adaptation entre le calibre du vaisseau et la colonne sanguine.

Passant alors du domaine de la théorie à la description anatomique des lésions de l'artério-sclérose, Schrœtter expose les altérations bien connues de l'athérome ou sclérose des artères ; mais, tout en faisant grand cas des localisations de ce processus aux vasa-vasorum et aux artérioles, il n'en montre que les conséquences artérielles sans tenir un compte suffisant du retentissement que ces localisations exercent sur les différents viscères. Il explique comment ce même processus détermine la distension des gros vaisseaux et la sténose progressive des artérioles. Il rappelle l'opinion de Silbermann qui trouve dans cette distension des parois artérielles la cause de leur trouble nutritif, de leur dystrophie, et, par suite, des altérations secondaires des vasa-vasorum. Mais, il n'en rapporte pas moins à ces dernières l'origine des lésions regressives, sans pouvoir préciser pourquoi celles-ci sont représentées dans les grandes artères,

Digitized by Google

par l'athérome, dans les petites, par la calcification et la dégénérescence hyaline.

Son étiologie de l'arterio-sclérose est une revue critique de toutes les causes invoquées par les auteurs contemporains. D'une façon générale, Schrœtter reste fidèle à la théorie de Thoma, en interprétant leur rôle pathogénique par l'action qu'elles peuvent exercer sur la tunique moyenne. Aussi, contrairement à Huchard (variole, etc.) et à Lancereaux (artérite en plaques de la malaria), les maladies infectieuses ne produiraient, selon lui, qu'une endarterite aiguë, et non l'arterio-sclérose. Il insiste sur l'atteinte portée à l'élasticité artérielle par l'anémie prolongée, et sur la fréquence de la sclérose des artères dans cette maladie. D'autre part, il remarque que l'arterio-sclérose est rare chez les tuberculeux en raison de l'insuffisance de la circulation artérielle. Enfin, si le rein contracté est fréquent dans l'arterio-sclérose, il accorde que cette affection peut en être la conséquence par l'élévation de la tension artérielle, de même que la lésion rénale peut se développer sous l'influence des lésions artérielles. Quant à la syphilis, il ne croit pas, avec Edgren par exemple, que cette maladie doive occuper le premier rang dans l'étiologie de l'arterio-sclérose. Car, même les lésions vasculaires si bien connues du cerveau et de la moelle, n'appartiennent nullement à la sclérose des artères. Et, il ne faut pas, dit il, chercher dans l'efficacité des iodures, une preuve de la nature syphilitique des lésions.

En somme, à la théorie de l'hypertension artérielle et du spasme vasculaire, Schrœtter oppose la *théorie de la distension artérielle par affaiblissement de l'élasticité des artères*. Mais quelle que soit l'importance attribuée par l'auteur à cette nouvelle interprétation des lésions, il ne nous semble pas que ces deux théories soient si exclusives l'une de l'autre.

La description clinique de l'arterio-sclérose est à peu de chose près celle que les lecteurs de ce journal connaissent fort bien. L'ordre suivi par Schrœtter est le suivant : modifications appréciables du côté des artères (pouls des artério-scléreux), hypertrophie du ventricule gauche avec ses conséquences : puis, il passe en revue successivement les symptômes qui se rapportent aux lésions aortiques, à celles des coronaires, des artères cérébrales, rénales, musculaires, etc. Pour terminer, il reconnaît l'existence des trois types cliniques ordinaires de M. Huchard (type cardiaque, rénal, cérébral), auxquels il serait tenté d'ajouter, quoique moins fréquent, le type intestinal.

III

Schrœtter termine son remarquable ouvrage par l'étude des anévrysmes. Après une longue discussion sur la définition de l'anévrysme en général, dans laquelle il montre qu'il faut opposer à l'anévrysme proprement dit, la dilatation des artères, et ne pas confondre ces deux lésions, malgré certaines altérations histologiques communes, il conclut que le caractère essentiel de l'anévrysme est la localisation et la forme circonscrite de la dilatation artérielle. Pour lui, ni l'anévrysme faux (véritable hématome), ni l'anévrysme disséquant, artérioso-veineux, ne sont de véritables anévrysmes. Il classe ainsi au nombre des dilatations artérielles, les anévrymes des nouveau-nés et des enfants, l'anévrysme cirsoïde, l'anévrysme par dilatation ou par distension et l'anévrysme par traction de Thoma. Parmi les anévrysmes vrais, il décrit ou rappelle l'anévrysme congénital d'Eppinger (artérite noueuse), les anévrysmes d'origine mycosique et embolique (Eppinger, Ponfick), l'anévrysme vermineux du cheval (artères mesentériques), l'anévrysme par arrosion (phtisiques) et enfin, l'anévrysme vulgaire qu'il désigne encore sous les noms de « simplex, spontaneum, per rupturam, traumaticum, frequentissimum ».

C'est ce dernier qu'il importe surtout de bien connaître, et dans sa pathogénie, et dans ses symptômes, et dans son traitement. Nous ne rappellerons pas ici l'opinion défendue par M. Huchard, dans son récent traité des maladies du cœur et de l'aorte, d'après laquelle l'anévrysme est la fois fonction de mesarterite et d'infection. Schrœtter discute l'opinion de Thoma sur les anévrysmes et se rallie entièrement à celle d'Eppinger. C'est ainsi qu'il ne voit pas dans les lésions du mesartère, décrites par Thoma, l'origine du développement du sac anévrysmal. Il rejette également l'arteriosclérose, dont les lésions ne favorisent pas, d'après lui, la déchirure des tuniques moyenne et interne, et, avec Eppinger, en général, l'inflammation des parois artérielles.

Le point de départ de la lésion anévrysmale serait donc un traumatisme quelconque déchirant en un point bien déterminé, et restreint, la tunique interne et les tissus élastiques de la tunique moyenne. C'est là l'origine, d'après eux, de tout le processus : théorie ingénieuse, mais discutable. Quant aux nombreuses causes ordinairement invoquées, telles que les maladies infectieuses (y compris la syphilis et la tuberculose) l'alcoolisme, les mauvaises conditions hygiéniques ou professionnelles, etc. Schrœtter ne leur attribue qu'un rôle secondaire, celui de favoriser la mauvaise nutrition des tissus.

Toute cette discussion est intéressante à lire. La description anatomo-pathologique est accompagnée de belles figures originales. Quant à l'exposé symptomatique et au traitement, Schrœtter l'a fait d'une façon aussi claire, que complète. — A. Weber.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

L'anurie par excès de boissons aqueuses

Par le Dr Ch. Fiessinger
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

Tous les praticiens connaissent l'action contraire de certaines boissons excitantes ou de quelques médicaments : au gré de la disposition particulière du malade, l'effet obtenu est directement inverse de celui qu'on recherchait. — Le thé, boisson excitante, procure le sommeil à certains nerveux, les antipyrétiques peuvent exagérer la fièvre, comme l'a démontré le Pr Lépine (*Semaine Méd.*, 1892, page 21).

Chez la malade dont nous allons rapporter l'histoire, un phénomène du même ordre s'est produit : elle faisait de l'infection rénale, nous recommandons des diurétiques. Les urines se suppriment. — Seulement, et c'est ce qui fait l'intérêt pratique de notre observation, la raison du résultat paradoxal peut ici être interprétée assez aisément, tandis qu'en temps ordinaire et sur d'autres malades, l'action contraire produite par la médication demeure conjecturale dans ses motifs cachés.

Mme X..., âgée de 43 ans, souffre depuis une quinzaine d'années d'un rein flottant légèrement abaissé au-dessous du rebord costal droit. Elle a eu trois enfants ; la dernière grossesse remonte à 1884. Belle, grande et assez forte, par intervalles, à la suite d'une fatigue, d'une course en voiture, des douleurs violentes la saisissent tout-à-coup et la forcent de s'aliter. En 48 heures, trois jours au plus, tout rentre dans l'ordre et l'orage est conjuré — jusqu'au retour de la prochaine crise. — Celle-ci se traduit par une douleur déchirante dans la région rénale droite : le rein augmente de volume, est perçu sous le foie sous forme d'une grosseur oblongue et lisse du volume du poing ; les urines diminuent. Les parois abdominales se météorisent et deviennent horriblement douloureuses, surtout à droite ; un mouvement fébrile, d'une apparition irrégulière, car parfois les accidents restent apyrétiques, fait monter dans d'autres cas et pour vingt-quatre heures la température à 39°. Une émission d'urine limpide ou purulente ou même sanguinolente, pareil caractère sanguinolent des urines avait été observé en 1888 à la suite d'une crise qui avait duré 10 jours et s'était accompagnée de fièvre, une émission d'urine assez abondante clôt le drame douloureux dont la terminaison laisse la malade dans un état nerveux, impressionnable et assez disposée à recevoir les impressions du dehors sous un mauvais jour. Une ceinture abdominale est portée depuis le début de la maladie.

Le 9 janvier 1900, la malade n'ayant pas souffert depuis un an, les accidents éclatent comme conséquence d'une position fatigante maintenue trop longtemps, Mme X... brodait au métier et piquant son aiguille sous le revers de la tapisserie, se tenait ainsi tout le corps penché à droite de façon à faciliter la manœuvre de son mouvement. En dépit des douleurs qui augmentent tout le jour, la malade, ayant le soir du monde à dîner, veut accomplir ses devoirs de maîtresse de maison et se lève à l'arrivée de ses invités. Obligée de se retirer presque aussitôt, elle voit la fièvre qui s'élève, et passe une nuit très agitée.

Des cataplasmes de farine de lin très chauds sont appliqués toutes les 1/2 heures sur le rein distendu et douloureux ; la diurèse semble se faire normalement, il y a même plutôt polyurie (2 litres dans les 24 heures d'urine louche, légèrement purulente).

La température du matin est de 38 à 38 1/2, celle du soir de 39 1/2 à 40°.

Le 12 janvier, la fièvre persistant, je recommande d'augmenter la quantité de boisson. Dans les 24 heures, la malade absorbe 2 litres de lait mêlé d'eau de Vichy et 2 litres de tisanes diurétiques (queues de cerises, chiendent) C'était plus du double de ce qu'elle avait pris journellement jusque-là. Dès le soir les urines diminuent de quantité, le ballonnement abdominal se dessine davantage, la malade souffre, gémit, gonfle, se sent éclater. La nuit est extrêmement mauvaise ; à peine si quelques cuillerées d'urine trouble sont émises à 4 heures du matin.

12 janvier. — T. m. 38 1/2. P. 110. De toute la matinée, anurie complète. Sensation de distension intérieure ; anxiété vive, respiration haletante. Une injection sous-cutanée de morphine amène quelque soulagement. On cesse les tisanes. De temps à autre, une demi-cuillerée à café d'éther est administrée dans un peu d'eau.

A 2 heures de l'après-midi un verre d'urine est rendue, vers le soir un second verre. T. s. 39°5.

13 janvier. — La quantité d'urine n'atteint pas un litre, la malade, toutefois, sous l'influence des piqûres de morphine répétées matin et soir, se sent un peu mieux. T. m. 38°. T. s. 39°5. Notre ami, le Dr Julliard, voit avec nous la malade.

Les 14 et 15 janvier, état à peu près stationnaire. Mme X..., buvant très peu arrive à éliminer une quantité d'urine supérieure à la quantité de boissons ingérées (800 gr. de boisson, 1,200 gr. d'urine). La fièvre baisse.

Le 16 janvier, chute définitive de la température. Les douleurs spontanées ont disparu, la malade boit davantage. Les jours suivants l'urine est assez claire, ne renfermant que quelques globules de pus ; mais quarante-huit heures plus tard, débâcle subite de 2 verres d'urine chargée d'un pus épais et qui venait sans doute du rein droit vidé brusquement. A partir de ce jour, guérison progressive. Le rein remonte sous les fausses côtes qu'il déborde de quelques travers de doigt. Les urines redeviennent limpides, chargées les premiers jours de petites mucosités sanguinolentes. Pas d'albumine.

Nous avons engagé la malade à se faire pratiquer, dans quelques semaines, la néphropexie, c'est-à-dire, la fixation du rein à la 12e côte, après ouverture par la région lombaire.

La raison des troubles dont souffre Mme X... semble en effet due à un abaissement du rein, qui, dans son mouvement de descente, aboutit à une coudure de l'uretère et à la production d'une hydronéphrose intermittente. Par intervalles la poche liquide s'infecte et il en résulte une pyélite passagère avec distension rénale.

A côté de la coudure de l'uretère, un autre élément doit être invoqué comme cause de douleurs : la congestion rénale. Nous voyons en effet Mme X... au début de la crise douloureuse dont nous venons de parler, être plutôt atteinte de polyurie. Cette exagération dans la quantité d'urine excrétée ne pouvait certes pas s'expliquer par une coudure de l'uretère qui, existant seule, aurait entraîné au contraire une diminution de quantité d'urine. C'est à ce moment que, pour éliminer plus vite les éléments infectieux qui, contenus dans le rein, donnaient de la fièvre,

Digitized by Google

c'est à ce moment que nous insistons sur la nécessité d'augmenter la quantité de boissons ingérées. La malade en absorbe 4 litres en un jour et voici que du coup, les urines se réduisent et s'arrêtent accompagnées de douleurs intolérables ; l'anurie absolue se prolonge pendant une douzaine d'heures pour céder ensuite peu à peu.

Comment en étions-nous venus à ce résultat imprévu : supprimer l'urination par l'emploi des boissons abondantes, Tout simplement en provoquant une aggravation de la coudure de l'uretère qui, jusque là, laissait encore passer le liquide, tout en étant sans doute déjà quelque peu incurvé. Nous donnons à boire, nous distendons le rein, nous le congestionnons probablement aussi ; en le distendant et en le congestionnant, nous élargissons son volume et l'abaissons davantage. L'uretère se coude tout à fait.

Conclusion thérapeutique : dans l'hydronéphrose intermittente des reins mobiles, tout en veillant à l'élimination urinaire, s'il y a infection, prendre garde à ne pas trop distendre le rein par la prescription des boissons abondantes dont l'usage, quoique rationnel, risque dans l'occurence, d'aller contre son but et d'entraîner déficit et insuffisance là où on cherchait surcroît et abondance accrue.

Consultation Thérapeutique

Traitement du mal de Pott sous-occipital

Exposé clinique. — Le mal de Pott sous occipital est une ostéo-arthrite tuberculeuse des deux premières vertèbres cervicales entre elles et avec l'occipital. Voici comment d'ordinaire se présente cette affection en clinique. Un enfant, issu de souche tuberculeuse, d'apparence faible et délicate, porteur de nombreux ganglions lymphatiques, éprouve de la gêne et de la douleur dans la région de la nuque. Cette douleur spontanée s'irradie souvent du côté des épaules et du cou, ou bien du côté de la tête dans les régions temporo-pariétales et occipitales. Elle est, de plus, exagérée par le moindre mouvement de la tête, qu'il s'agisse de flexion, d'extension ou de rotation. Les mouvements de déglutition même suffisent pour exaspérer cette douleur. Aussi le petit malade, par la contraction inconsciente de tous les muscles de la région de la nuque, tient-il sa tête absolument fixée sur la colonne vertébrale. Cette raideur a donc pour but de prévenir la douleur et il est facile de se rendre compte de cette raideur en forçant le petit malade à ramasser un objet à terre. Au lieu de le faire avec souplesse comme le font les enfants de son âge, il s'abaisse, lentement, avec précaution, tout d'une pièce, sans imprimer aucun mouvement à la colonne vertébrale.

De même, pendant la marche, il s'efforce d'éviter toutes les secousses qui peuvent être transmises à l'extrémité céphalique. Enfin, veut-il regarder de côté, il tourne les yeux sans bouger la tête elle-même. Parfois aussi, à une période plus éloignée du début, il est vrai, le petit malade a tellement peur de souffrir lorsqu'il doit faire un mouvement, qu'il soutient sa tête entre ses deux mains, pour la mieux immobiliser.

La douleur que vous provoquez en examinant la région et en recherchant la sensibilité de chaque apophyse épineuse par la percussson et la raideur que vous constatez, doit attirer votre attention et vous faire soupçonner un mal de Pott qu'un examen plus complet permet de reconnaître. La région de la nuque est souvent tuméfiée et il existe dans la fossette de la nuque des engorgements ganglionnaires, très faciles à déceler par la palpation. Il est un point important à mettre en relief, c'est d'examiner systématiquement la gorge des enfants suspects du mal de Pott sous-occipital. Abaissez la langue et regardez le fond du pharynx, vous voyez souvent une tumeur ovoïde, qui bombe, située exactement sur la ligne médiane, en avant des corps vertébraux des premières vertèbres cervicales ; le doigt introduit dans la bouche sent nettement la fluctuation, parfois même constate la réductibilité de la collection, en même temps qu'il détermine une douleur par la pression sur les corps vertébraux. Cette collection suppurée est survenue insidieusement sans fièvre, sans retentissement appréciable sur l'état général. Cet abscès retro-pharyngien n'est autre qu'un abcès par congestion du mal de Pott.

Si la maladie est abandonnée à elle-même, les lésions bacillaires détruisent les ligaments, les surfaces cartilagineuses forment des cavernes dans les corps vertébraux et il en résulte une série de complications ; tout d'abord, c'est le déplacement des surfaces osseuses caractérisées par la saillie en avant du côté du pharynx des masses latérales de l'atlas, à laquelle correspond d'autre part la saillie du côté de la nuque de l'apophyse épineuse de l'axis. D'autres fois, la luxation de l'atlas est unilatérale et la protubérance occipitale est déjetée latéralement par rapport à l'apophyse épineuse de l'axis. Ces luxations ont comme conséquence de déterminer des compressions médullaires avec tout le cortège des complications qui en résultent et même, par fois d'entraîner la mort subite. La fréquence de ces luxations pathologiques s'explique par la mobilité de la région due à la disposition arthrodiale des articulations.

Les lésions bacillaires, au lieu de rester circonscrites, s'étendent par propagation, envahissent de proche en proche les organes voisins et déterminent des complications de deux ordres : des abcès par congestions et des altérations des méninges et du bulbe. Les abcès siégent le plus souvent en avant des corps vertébraux, simulant, comme nous l'avons déjà dit, des abcès rétro-pharyngiens ; parfois on les rencontre dans la fossette de la nuque ; exceptionnellement, ils sont intra-rachidiens et donnent lieu à des phénomènes de compression médullaire. La pachyméningite externe caséeuse et la myélite sont le résultat de la propagation des lésions bacillaires; elles peuvent également atteindre les racines nerveuses émanées du bulbe au moment où elles traversent les trous de conjugaisons. D'où toute une série de troubles de la sensibilité, de la motricité (paralysie des quatre membres, monoplégie, hémiplégie, anesthésie du côté opposé) des organes des sens (troubles oculo pupillaires) ; d'où également des accidents du côté de la respiration et de la circulation (ralentissement du pouls).

Digitized by Google

Traitement. — La guérison du mal de Pott sous-occipital ne peut survenir que par ankylose des articulations atteintes, c'est-à-dire au prix d'une déformation permanente et irréductible. La règle de conduite à tenir est la même que pour toutes les manifestations articulaires de la tuberculose et elle a pour but, avant tout, de déterminer l'ankylose. On l'obtient par deux procédés : 1° par l'immobilisation ; 2° par l'isolement des surfaces articulaires malades qu'on réalise en faisant de l'extension continue. Il faut en effet attacher peu d'importance au point de vue du résultat à la révulsion locale faite à l'aide d'applications de teinture d'iode, de fines pointes de feu, etc. Il n'en est pas de même du traitement général, aération continue, séjour à la campagne, préparations iodurées et arsenicales, huile de foie de morue ou glycérophosphates, traitement qui est un adjuvant précieux et même indispensable du traitement local.

Au début, la méthode de choix est l'immobilisation. Malgaigne avait conseillé une cravate de carton s'appuyant d'une part sur l'occipital et sur le maxillaire inférieur, de l'autre sur les épaules, cravate qu'on maintenait à l'aide d'une bande. Ensuite le petit malade était étendu sur un plan résistant, matelas de crin par exemple ou encore sur un matelas quelconque reposant sur des planches, sans oreillers.

Actuellement la méthode de contention de choix est celle que nous avons vu appliquer et que nous avons nous-même appliquée maintes fois à l'hôpita lTrousseau. Elle consiste à faire un appareil plâtré désigné sous le nom de minerve. Voici comment on procède. La tête du malade est au préalable rasée ou tout au moins tondue très ras et le cuir chevelu est ensuite enduit d'un corps gras, de vaseline par exemple. On administre du chloroforme, s'il y a lieu de corriger une attitude vicieuse. Pendant ce temps, on prépare l'appareil qui consiste en deux bandes de tarlatane de 10 à 12 centimètres de largeur, comprenant 8 à 10 épaisseurs et disposées en forme de T. Le chef le plus long reçoit perpendiculairement en son milieu le chef le plus court ; on coud à cet endroit les deux branches du T et on a eu soin de coudre également tout le pourtour de l'appareil. On prépare ensuite comme d'habitude la bouillie plâtrée en mélangeant plâtre et eau par parties égales. Les bandes sont imprégnées convenablement de bouillie plâtrée, soigneusement étendue de manière à ne pas meurtrir les téguments du malade. Celui-ci a la tête soutenue par un aide et maintenue absolument fixe sur le tronc. Le rôle de cet aide est de la plus haute importance car c'est lui qui corrige l'attitude vicieuse, fait l'extension de la tête et permet ainsi l'application de l'appareil. La bande en T est placée de telle sorte que l'articulation du T se trouve exactement sur la ligne médiane, au niveau du front, à deux travers de doigt au-dessus des arcades sourcillères ; le petit chef est moulé sur le sommet de la tête, sur la fossette de la nuque, et le long de la colonne vertébrale tombant ainsi jusqu'au milieu du dos ; il est immobilisé dans cette position par un aide. Voici comment on dispose ensuite chaque bout du grand chef. On l'applique sur les parties latérales du front en l'inclinant obliquement en bas, en arrière et en dedans, sur le pariétal et le temporal. On a soin de la faire passer en arrière du lobule de l'oreille, en pratiquant au besoin même une échancrure dans la bande plâtrée pour ne pas blesser cette région ; puis on le fait croiser le chef vertical et on le conduit, toujours obliquement, sur l'épaule du côté opposé puis sur la région antéro-latérale de la poitrine. On fait de même de l'autre bout du grand chef. Puis on applique des bandes de toile sur l'appareil plâtré de manière à le faire sécher plus vite ; c'est à ce moment que l'aide chargé de la tête redouble de précautions pour maintenir celle-ci dans une bonne fonction et pour faire une extension convenable. Son rôle est assez facile si on a soin de mettre le malade une fois l'appareil appliqué, exactement dans la position horizontale, les épaules à la même hauteur. L'aide enfin doit maintenir la tête en bonne position tant que l'appareil n'est pas durci, ce dont on s'aperçoit en faisant quelques mouvements de percussion sur le plâtre. On retire les bandes on fixe les trois chefs, le postérieur median et les deux antero-latéraux à l'aide d'une large ceinture de diachylon comparable en tous points à celle utilisée en cas de fractures de côtes.

L'application de cet appareil peut se faire sur le lit du malade, sans avoir à recourir au collier qui sert à l'extension verticale dans la méthode de suspension par le procédé de Sayre ; il est d'ailleurs périlleux de l'employer dans le mal de Pott sous occipital, en raison de la fréquence des luxations pathologiques.

A une période avancée de la maladie, il peut être dangereux d'opérer le redressement, car on s'expose à provoquer la rupture des ligaments ramollis et à voir apparaître des phénomènes médullaires graves. On se contentera donc d'immobiliser à l'aide d'une minerve, sans redresser, à moins toutefois qu'il s'agise de corriger une flexion de la tête. Dans ces cas, l'extension continue qui isole les surfaces malades permet plus facilement la réparation des lésions ; elle est réalisée par des colliers spéciaux. Ceux-ci prennent leur point d'appui sur le menton et sur la nuque et d'autre part sur les épaules. Ils sont reliés l'un à l'autre par des tiges métalliques qu'on peut allonger ou raccourcir à l'aide de vis.

Soins consécutifs. — Les appareils sont laissés en place fort longtemps, tant que l'ankylose ne s'est pas produite. Désagréables et gênants au début, ces appareils finissent par être très bien supportés. Ils permettent aux malades, de se lever, de marcher sans aucun inconvénient. Munis de leur appareil. ils peuvent être dirigés sur la campagne où ils feront une cure d'air très favo-

Digitized by Google

rable au rétablissement de leur santé générale. Quand la guérison sera obtenue, il va de soi qu'on ne tentera pas de recouvrir par des mouvements forcés le rétablissement des fonctions.

Le plus souvent, l'immobilisation précoce et l'extension continue arrêteront l'évolution des lésions et on ne verra pas survenir d'abcès par congestion. Néanmoins il faudra les rechercher, les dépister, en examinant souvent la gorge des enfants et les inciser, s'il y a lieu.

L'incision se fera sur la région mediane de la paroi postérieure du pharynx au point culminant de la collection à l'aide d'un bistouri droit dont la pointe seule est libre, le reste étant garni avec du diachylon. Ou bien on abordera l'abcès par la voie cutanée qui permet l'antisepsie du foyer et un drainage facile. — A. P.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Emploi du trional

Solubilité du trional dans les corps gras d'origine végétale. — MM. Brissemoret et Joanin ont signalé récemment la solubilité du trional dans l'huile d'amandes douces et la paraldéhyde.

M. Ropiteau a déterminé cette solubilité dans les divers corps gras d'origine végétale (huiles et beurre de cacao) le plus généralement employés en pharmacie et il a mis à profit ces propriétés en établissant quelques formules capables d'être exécutées dans la pratique.

Le pouvoir dissolvant des huiles varie avec la température ; toutefois on peut, en employant un artifice, arriver à augmenter sensiblement leur pouvoir dissolvant pour une température donnée :

En les chauffant au bain-marie entre 60° et 75° on arrive à tenir en dissolution à des températures inférieures à 40° les proportions correspondantes suivantes de trional :

P. 100	TEMPÉRATURE		
	15 degrés	20 degrés	30 degrés
Huile d'amandes douces ordinaire.	4	5.50	6
— — — pure	4.75	6.80	7.50
Huile d'olives vierge.....	5	6.50	7
Beurre de cacao	5	6.50	8.10

Comme l'a fait remarquer très judicieusement M. le professeur Pouchet, si l'on tient compte que l'action d'un médicament ingéré en dissolution, est plus intense par suite de son absorption, plus rapide par les muqueuses, il y aura avantage à administrer le trional à l'état dissous.

On pourra, d'après l'auteur de ces recherches, avoir recours aux formules suivantes :

Potion émulsive

Solution huileuse de trional à 5 0/0....	60 grammes
Mucilage de Carragaen à 5 0/0.....	70 —
Glycérine.....	15 —
Eau de laurier-cerise.....	10 —

Faire une émulsion par simple mélange en agitant vivement la bouteille.

Chaque cuillerée à soupe renferme trente centigrammes de trional et un gramme d'eau de laurier-cerise dont l'action antispasmodique et sédative s'ajoute aux propriétés hypnotiques du trional.

Cette préparation, facile à exécuter, offre une composition constante au point de vue de sa stabilité et de sa conservation, elle possède en outre une saveur très agréable.

Lavement

Solution huileuse de trional à 8 0/0.	10 à 15 grammes
Jaune d'œuf.....	n° 1
Lait.....	125 grammes

(Pour un adulte)

On pourrait encore, chez un enfant surtout, donner en lavement la solution huileuse de trional, tout simplement.

Suppositoires

1° Trional	0 gr. 40
Beurre de cacao	4 grammes

F. s. a. un suppositoire (pour adulte).

2° Trional.....	0 gr. 05
Beurre de cacao.....	2 grammes

F. s. a. un suppositoire (pour enfant).

On peut aussi administrer le trional par la voie stomacale, sous forme de capsules gélatineuses qui contiennent chacune

Trional.....	0 gr. 025
Huile d'olives pure.....	0 gr. 50

Solubilité du trional dans la paraldehyde. — Le trional est soluble dans la paraldehyde dans la proportion de 23,50 p. 100 à la température de 15 degrés.

Dans les mêmes conditions le sulfonal l'est beaucoup moins (2,50 p. 100).

M. Ropiteau a utilisé ces propriétés pour déterminer un mode d'essai du trional.

Nous donnerons prochainement quelques formules permettant d'administrer le trional en solution dans la paraldéhyde.

Désodorisation de l'iodoforme.

On a préconisé un grand nombre de substances pour masquer l'odeur de l'iodoforme : la farine de moutarde, l'eau de laurier-cerise, les amandes, le formol, etc.

A l'intérieur on l'administre généralement mélangé à du café torréfié.

M. Thibault propose d'employer la cannelle de Ceylan dont l'odeur pénétrante, dit-il, éteint et domine celle de l'iodoforme.

On peut formuler selon lui :

Poudre pour applications locales

Iodoforme.....
Poudre de cannelle de Ceylan. } àà P. E.

F. s. a. usage externe.

Pilules

Iodoforme.....	1 à 5 centigr.
Cannelle de Ceylan pulvérisée.	3 à 5 —

Pour une pilule. F. s. a. n° 50.

Pommade

Iodoforme.....	1 gramme
Vaseline.....	20 —
Essence cannelle de Ceylan....	V gouttes

F. s. a. Usage externe. A. G.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

MÉDECINE MILITAIRE

La cure du varicocèle (Méthode Annequin) jugée par le Comité de Santé. — Un médecin militaire des plus distingués, M. le médecin de 1re classe Annequin, faisait récemment paraître dans le *Journal de médecine militaire*, un mémoire des plus documentés sur la cure chirurgicale du varicocèle. Dans ce mémoire, il résumait de façon aussi précise que concise la technique des indications opératoires selon la gravité des cas, etc., etc.

Le Médecin militaire naïf et zélé, après avoir lu cet intéressant travail, se promettait dans l'avenir, non seulement de réformer moins de varicocèles, mais encore de soulager, grâce à ce procédé inoffensif, nombre de militaires, officiers ou soldats, qui pouvaient être gênés dans l'exercice de leur profession par cette incommode infirmité que, seuls, ceux qui n'en sont pas atteints, peuvent regarder comme négligeable.

Mais, *in cauda venenum*, une note de la rédaction (N. de la R.), vient refroidir ce zèle et cet enthousiasme.

En effet, le Comité (dit la N. de la R), « frappé du nombre considérable des opérations pratiquées *ne peut pas admettre* que l'emploi du clamp de M. Boïssas suffise pour *faire de* la résection du scrotum une simple opération chirurgicale. »

« Si les faits opératoires rapportés ci-dessus semblent établir que les risques opératoires sont réduits à leur minimum, ils ne démontrent pas, qu'avec moins d'habitude et d'attention de la part de l'opérateur les éléments du cordon et de la vaginale ne puissent se trouver pincés entre les mors du clamp et par conséquent, liés au moment de la section et de la suture des tissus. »

« D'autre part, la nécessité de recourir à un instrument *spécial* est un inconvénient. » Enfin, dernier argument toujours victorieux celui-là, l'opération n'a pas toujours parfaitement réussi, puisque « sur *trois malades il y a deux guéris et un partiellement amélioré. résultat encore insuffisant, bien que cette amélioration ait permis à 14 de ces derniers opérés de supporter facilement les fatigues inhérentes au service actif.* »

Je ne chicanerai pas sur les *derniers opérés* dont l'origine me paraît peu claire au point de vue purement grammatical, mais je me demande quelle va être l'angoisse du pauvre major qui lit consciencieusement le *Journal de la Médecine militaire.*

Si l'on a inséré le mémoire, c'est que le Comité l'a trouvé bon, non pernicieux pour la jeunesse, alors opérons, mais d'autre part, si l'on court risque de lier le cordon et la vaginale; diable ! n'opérons pas et réformons.

Comme ce fil blanc malicieux est facile à découvrir, opérez, si vous voulez, jeunes praticiens de l'armée, mais ne comptez pas sur le Comité pour vous défendre et vous couvrir, n'allez pas couper le cordon, car si pareil malheur, vous arrivait, la Note de la R. servirait à vous écraser : vous étiez prévenus, pourquoi n'avez-vous pas écouté les conseils de la R.

On oublie un peu trop. dans les hautes sphères de la médecine militaire, que les médecins militaires ont, en général, peu de tendances chirurgicales ; on ne se rappelle point que lors de la guerre de 1870, sur 10 médecins dans une ambulance, souvent un seul se risquait à opérer, les autres arguant de leur spécialité médicale, on ne voit pas assez qu'il faut au contraire pousser à la chirurgie le corps de santé pendant le temps de paix, si l'on ne veut pas qu'en temps de guerre, il ne puisse pas remplir ses fonctions difficiles de chirurgien du champ de bataille et de l'ambulance. Il y aurait à ce sujet bien des choses à faire ; dans un moment d'enthousiasme débordant, on a pendant quelques années appelé à grands frais au Val-de-Grâce des séries de médecins, qui venaient y étudier la bactériologie, pour l'oublier rapidement ensuite faute d'aliments. Pourquoi ne fait-on pas la même chose, beaucoup plus utile, pour la médecine opératoire ? Car comment veut-on qu'un médecin qui, pendant 6 ou 8 ans a suivi consciencieusement des marches, assisté à des cibles, etc., etc. (tout l'intelligent métier d'aide-major) sache sa médecine opératoire, si, de temps à autre, il ne vient s'exercer à manier bistouri et couteau, à cultiver les pratiques antiseptiques. Mais je laisse cette incidente, tout en faisant remarquer que, malgré le peu d'encouragement accordé aux chirurgiens militaires, on peut en consultant la statistique médicale de l'armée se convaincre qu'il y a malgré tout des médecins militaires que n'effraient pas les notes de la R.

On a vu mener la même campagne à l'occasion de la cure radicale des hernies; encore pouvait on arguer qu'en cette matière le danger opératoire était plus considérable. Ce sont d'ailleurs des arguments toujours les mêmes qu'on apporte, c'est ainsi que je signerai certainement le nom du membre de la rédaction qui a fait valoir combien il était gênant d'avoir à recourir à un *instrument spécial.* Pour un peu, on refuserait l'inoculation du sérum diphtérique parce qu'il faut une *seringue spéciale.*

Un professeur de médecine opératoire, très populaire parmi les élèves de l'ancienne école de Strasbourg, M. le professeur Michel, faisait parfois cette plaisanterie de sortir son couteau de sa poche et d'affirmer qu'avec ce simple instrument, il pouvait faire toutes les opérations.

Peut être cette théorie aussi fantastique que fantaisiste a-t-elle germé dans l'esprit des anciens élèves du franc-comtois Michel, qui semblent nourrir une horreur profonde pour les néo-instruments.

Digitized by Google

On irait loin avec ces idées et l'on repousserait par exemple, les inappréciablement utiles quoique assez encombrants porte-brancards introduits dans les infirmeries régimentaires par M. Dujardin-Beaumetz inventeur. Il est vrai qu'en ce cas il s'agit d'un instrument administratif et non scientifique et que, par conséquent, il doit être beaucoup plus utile.

M. Dujardin-Beaumetz qui d'ailleurs préside, dirige, contrôle, commande le comité, est ennemi de toute nouveauté et, de même que la théorie parasitaire de la tuberculose n'a pas trouvé grâce devant lui, comme il l'a montré en disant son fait à l'Académie, qui pensait avec outrecuidance pouvoir lui apprendre quelque chose, de même les instruments les plus familiers, les plus utiles, les plus indispensables trouvent en lui un adversaire aussi sceptique que dangereux. Pour ne citer qu'un exemple de cette haine invétérée pour les *nouveaux* instruments, nous rappellerons le discours que cet inspecteur général, successeur de M. Colin, lut aux stagiaires du Val-de-Grâce en 1898. Dans ce discours il termine une longue philippique contre le *thermomètre* par cette conclusion : « Le thermomètre est un précieux moyen d'investigation scientifique à ajouter à d'autres, mais l'exercice même de notre art dans l'armée nous oblige à diriger notre éducation professionnelle de telle manière que nous puissions, s'il le faut, nous passer de ce supplément, agir autrement serait s'exposer à méconnaître par sa faute l'état d'un malade, alors que celui-ci ne peut recevoir de soins que du médecin qui lui est imposé par les règlements militaires » (?)

Voilà en quels termes on apprécie en face des jeunes médecins militaires les services que nous rend le thermomètre, il y au reste trois pages d'arguments de cette haute valeur : le thermomètre est plus ou moins bien appliqué, il est plus ou moins SERRÉ par l'aisselle d'un malade (c'est écrit), sa graduation est plus ou moins lisible, on n'a ou on n'a pas ramené l'index, la graduation est plus ou moins exacte. La partie anecdotique ne manque pas, on raconte à ces néo-médecins l'historiette suivante : « La femme d'un éminent confrère était atteinte de fièvre typhoïde et traitée par la méthode des bains froids, que l'on continuait *impitoyablement*, bien que cette jeune dame, d'une vive intelligence, et en pleine possession de son jugement, persistait à déclarer qu'elle se sentait en pleine convalescence : le thermomètre se maintenait toujours au-dessus de 39°, on la baignait donc avec *conviction* et *succès* (raillerie pleine de sel contre le traitement par les bains froids). Cependant quelqu'un (sans doute un administrateur), eut l'idée (disons géniale) de vérifier ce thermomètre, et il se trouva qu'il marquait plus d'un degré au-dessus de l'étalon auquel il était comparé : la *haute situation* des médecins auxquels je fais allusion (ils ne valent pas néanmoins un simple administrateur) exclut toute erreur comme toute malignité dans la constatation du fait. »

Quel regret que la discipline ait empêché l'un des auditeurs de se lever et de répondre par cette autre histoire du médecin qui trouvait tous ses malades atteints de pouls lent permanent : il avait une montre de Marseille qui f...aisait sa minute en 30 secondes.

Car, bien entendu, la montre est très supérieure au thermomètre et, en tâtant le pouls, on apprécie « non seulement le fonctionnement du cœur, mais l'intensité du mouvement fébrile, comme la *résistance vitale*, etc., etc. »

Le thermomètre a bien d'autres méfaits sur sa conscience de verre fragile, il a causé mort d'homme fréquemment, car « il est arrivé que des hommes sont morts à la caserne, parce que sur la foi du thermomètre, qui ne marquait pas plus de 37 ou de 38, l'infirmier n'avait pas cru devoir prévenir le médecin, le malade n'ayant pas de température, c'est-à-dire en langage moderne pas de fièvre. Or, dans ces cas déplorables, on avait eu affaire à un œdème de la glotte, à une angine avec gonflement insidieusement progressif des amygdales, à une pleurésie latente, à une congestion pulmonaire, etc. »

Pardon d'insister si longuement, mais toutes ces choses ont été lues, ont été imprimées et que pense-t-on, que doivent dire de nous les étrangers qui lisent notre journal de médecine militaire, s'ils croient que le fonctionnement du service régimentaire s'exerce de pareille façon.

Et comment ne le croiraient-ils pas puisque c'est l'inspecteur général qui le dit.

Voilà ce qu'on enseigne à des jeunes gens qui n'ont déjà que trop d'inclination à négliger l'emploi du thermomètre, puisque cet emploi demande un certain temps à consacrer auprès du malade.

Cette tendance rétrograde s'affiche dans les moindres pointes, un mot jeté au hasard du discours ; un dernier exemple tiré de la même harangue : « Est-il donc suffisant d'entendre plus ou moins nettement le degré d'altération des bruits du cœur, avec ou sans l'aide *ou* L'EMBARRAS du sthetoscope », et voilà le sthetoscope, qui a, lui aussi, son affaire. Encore une fois qu'on excuse et la longueur de ces citations et notre prolixité, nous voulions ainsi montrer qu'il n'y avait rien de surprenant à ce qu'on combattît la nouvelle, élégante et inoffensive méthode d'opération de varicocèle préconisée par M. le médecin principal Annequin.

Avons-nous réussi ?

Médecins militaires, restons-en au pouls, pas de sthetoscope, pas de thermomètre, ne songeons pas au phonendoscope, pas de nouveaux instruments.

Telle est la morale pratique à tirer de ces incidents.

Il y aurait d'ailleurs beaucoup à dire sur le comité chargé d'apprécier la valeur des travaux qui lui sont confiés par leurs confrères de l'armée.

Là encore on n'admet pas de spécialités, on confie à l'appréciation d'un chirurgien un travail médical et *vice versâ*. Bien plus on peut trouver dans ce comité des refusés à des concours qui ont à juger (avec quelle impartialité) les œuvres de concurrents qui les ont vaincus dans les concours.

Digitized by Google

Nous en pourrions nommer plusieurs, nous n'en citerons qu'un : M. Dujardin-Beaumetz, peu avant la guerre, se présenta au concours de répétiteur à l'Ecole de Strasbourg, il fut battu à plates coutures par un médecin qui, actuellement, est encore sous ses ordres.

Nous ne dirons pas le nom de ce dernier, mais je doute, quelle que soit la force d'âme de Monsieur l'inspecteur général qu'il puisse apprécier sainement le travail de celui qui lui infligea cet échec scientifique. — JEAN JACQUES.

MÉDECINE

Morphologie du cœur dans le rétrécissement mitral. — La notion classique de l'hypertrophie au-dessus du rétrécissement, c'est-à dire de l'oreillette et l'atrophie au-dessous, c'est-à-dire du ventricule, est d'après M. le Dr Luigi Ferrannini (*Archivio italiano di medicina interna*, 1899), loin de se vérifier.

L'hypertrophie se constate constamment du côté du ventricule droit, mais l'oreillette gauche se dilate, incapable d'hypertrophie, et surtout l'auricule d'où l'anévrysme passif de Beau.

C'est surtout le ventricule gauche qui doit occuper l'attention. Il devrait toujours s'atrophier sauf dans les affections mitrales complexes ou compliquées.

Il est loin d'en être ainsi d'après les faits cliniques et anatomopathologiques réunis en tableaux par M. Ferrannini. Si dans les rétrécissements mitraux compliqués d'insuffisance mitrale ou de lésions aortiques ou autres, le ventricule gauche s'hypertrophie souvent, on peut aussi le trouver de volume normal ou même atrophié.

Dans les rétrécissements mitraux les plus purs, le plus souvent le ventricule gauche s'hypertrophie, quoi qu'en aient dit Eichhorst et Lenhartz.

Quelle est l'explication de cette hypertrophie ? D'abord, il faut rejeter toute hypothèse qui suppose une complication quelconque, insuffisance, etc., puisqu'il est bien entendu qu'il s'agit de rétrécissements mitraux absolument purs et non d'autres.

Lorsqu'il y a de l'œdème, on peut admettre avec Friedreich et Jaccoud, la compression des capillaires d'où excès de pression que le ventricule gauche doit surmonter. Quand la lésion reste bien compensée, il faut une autre explication.

On peut admettre les causes suivantes :

1° Avec Baccelli la communauté de fibres entre les deux ventricules, l'hypertrophie du droit entraîne celle du gauche ;

2° La moindre quantité de sang artériel produit la vasoconstriction, d'où résistance plus forte à vaincre pour le ventricule gauche.

3° Le processus phlogo-sclérotique du myocarde. — H. G.

Des anomalies anthropologiques dans les cardioptoses. — Le cœur peut subir des déplacements en divers sens par suite de refoulement, tumeur, épanchement, etc., mais il peut aussi s'abaisser par ptose, due au relâchement des moyens de suspention (*Arch. ital. di med. int.*, 1898). Ces cardioptoses, déjà décrites par Runinuo puis par Kanino et Militello, ont été récemment étudiées à nouveau par M. le Dr Luigi Ferrannini qui les met en parallèle avec les enteroptoses et les splanchnoptoses de F. Glénard (*Archivio italiano di medicina interna*. Vol. II. f. 3-6. Palerme, 1899).

Dans toute cette catégorie d'affections il s'agit d'une altération intime et congénitale des tissus de soutien.

Quatre observations cliniques nouvelles servent de documents à M. Ferrannini pour établir le type clinique. Dans toutes quatre il s'agit de rétrécissement mitral pur, lésion déjà congénitale.

Mais de plus l'auteur relève chez ses malades des stigmates somatiques accusateurs d'irrégularité de développement : irrégularité des deux moitiés du corps, asymétrie cranienne, faciale, taille petite, arrêts divers de développement du côté du squelette, malformation du thorax, des oreilles, etc. Il y a maladie de développement. C'est ce que du reste Durozier, Hardy, Potain. G. Sée et Huchard ont montre pour le rétrécissement mitral pur. — H. G.

Teinture d'iode, comme antiseptique, dans la diarrhée des enfants. — La teinture d'iode rend des services dans les vomissements, elle peut aussi agir comme antiseptique dans les infections gastro-intestinales chez les enfants. Employée déjà par Grosch (*Berl. klin. W.*, 1878), et par Strahan ; elle est recommandée das la diarrhée des enfants par le Dr Cesare Cattaneo (*Pediatria*, oct. 1899), sous la forme suivante :

Teinture d'iode simple....	X à XV gouttes
Eau distillée.....	150 grammes
Sirop simple.....	20 —

Une cuillerée à café toutes les deux heures.

On peut aussi prescrire un nombre déterminé de gouttes à faire prendre dans un verre d'eau sucrée.

On peut faire précéder l'administration de la teinture d'iode par un purgatif : huile de ricin dans les cas légers ; calomel dans les cas plus graves.

Par cette association, purgatif et teinture d'iode, on obtiendrait un résultat bien plus rapide, qu'avec le purgatif suivi de l'ingestion de benzonaphtol et de bismuth, et même qu'avec l'acide lactique.

Le complément du traitement comporte, comme d'habitude, un régime approprié ou bien la diète hydrique absolue pendant 24 heures, dans les cas aigus.

Comme résultat, c'est d'abord la cessation des vomissements, puis la diminution de la diarrhée dans les premières 24 heures, la cessation de la fétidité des matières.

La médication est bien supportée ; l'urine ne renferme jamais trace d'albumine.

Digitized by Google

L'action semblerait d'autant meilleure que les cas sont plus aigus. En somme, nous possédons dans la teinture d'iode un bon antiseptique intestinal, inoffensif, efficace, facile à administrer, peu coûteux, bien supporté des enfants, qui permet une guérison plus rapide que les autres médicaments employés. — H. G.

Sachets mercuriels dans la syphilis. — Depuis un certain temps déjà (1897), M. le Professeur Edouard Welander (de Stokholm) emploie une méthode de traitement contre la syphilis, qui porte son nom. Elle consiste à opérer la cure à l'aide de sachets renfermant de l'onguent mercuriel, que le malade porte sur la poitrine ou dans le dos. A cet effet, on étend la préparation sur un morceau de coton, de toile ou de flanelle, mesurant 50 cm. sur 40, en forme de sac. On recommande de rester au lit 10 à 12 heures par nuit.

Chaque jour, on introduit 6 nouveaux grammes d'onguent mercuriel préparé selon la formule :

Mercure.....	1 partie
Axonge.....	2 —

Il faut changer le sachet tous les 10 ou 15 jours, lorsqu'il commence à se salir. Pour les enfants, on réduit les dimensions du sachet et la dose d'onguent, 1, 2, 4 grammes selon l'âge.

La méthode de Welander se recommande par sa commodité Elle agit rapidement. On retrouve le mercure dans l'urine. H. G.

---

ssociati ns médicamenteuses de l'huile de foie de morue. — Voici d'après le formulaire de la Société des pharmaciens du Loiret quelques formules d'association médicamenteuse de l'huile de foie de morue.

I. Huile de foie de morue au gaïacol :

Gaïacol cristallisé.	10 grammes
H. f m. blonde...	990 —

II. Huile de foie de morue iodée :

Iode bisublimé.....	1 gramme
Iodure de sodium..	0 gr. 25
Glycérine pure..	II gouttes
H. f. m. blonde.....	1 litre
	(Filtrer.)

III. Huile de foie de morue phéniquée.

Acide phénique chimiquement pur	3 gr. 50
H. f. m. blonde	996 — 50

Une cuillerée à bouche renferme sensiblement 0.05 d'acide phénique pur. — S. R.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La kélotomie inguinale simple. — Il faut actuellement poser en principe que toute hernie étranglée doit être opérée immédiatement ; aussi tout praticien devrait être en mesure de pratiquer la kélotomie d'urgence qui en somme est une opération relativement facile lorsqu'elle est faite à temps, les difficultés naissant le plus souvent du retard de l'intervention. Nous allons prendre comme type la hernie inguinale simple, intestinale ou intestino-épiploïque, étranglée depuis peu de temps, sans anomalie ni complications.

Après anesthésie générale au chloroforme ou à l'éther, ou seulement anesthésie locale à la cocaïne s'il s'agit d'un vieillard affaibli chez lequel on redoute les phénomènes de shock, la région étant préparée comme pour toute intervention chirurgicale, l'opération est conduite de la façon suivante :

1er Temps : Incision des parties molles. — L'opérateur placé du côté de la hernie fait une incision suivant le grand axe de la hernie et en son milieu, c'est-à-dire à peu près parallèle à l'arcade de Fallope. L'incision, de longueur variable, doit toujours dépasser les limites de la hernie en bas et surtout en haut vers le pédicule du sac ; elle doit remonter au-delà du milieu de l'arcade crurale afin de permettre le débridement à ciel ouvert. On divise ainsi couche par couche jusqu'à l'aponévrose du grand oblique, en faisant l'hémostase au fur et à mesure avec quelques pinces hémostatiques.

2e Temps : Recherche et incision du sac herniaire. — C'est ici que surgit la première difficulté, car on craint toujours d'inciser l'intestin. Pour mettre le sac à nu, il faut sectionner au bistouri les tractus fibreux qui le recouvrent, puis disséquer les enveloppes avec le doigt ou mieux avec une pince à disséquer ou une sonde cannelée, on arrive alors sur sa paroi qui est lisse, de coloration blanchâtre, rosée ou rougeâtre, sous laquelle on perçoit généralement du liquide. Néanmoins l'embarras sera souvent très grand, mais on se souviendra de cet aphorisme de Duplay : « Toutes les fois que l'on conserve des doutes sur la nature de l'organe que l'on a sous les yeux, on peut être sûr que ce n'est pas à l'intestin que l'on a affaire ». Si le sac n'est pas trop tendu et qu'on puisse plisser sa paroi on prendra celle-ci avec une pince, sinon on l'incise doucement en dédolant ; mieux vaut encore avec les ciseaux courbes mousses, inciser horizontalement après avoir fait un pli à la paroi du sac.

Dès que le sac est incisé il s'écoule un liquide d'aspect et de quantité variables, et l'on voit apparaître l'intestin et l'épiploon. Les deux lèvres sont répérées avec des pinces, on agrandit l'incision en haut jusqu'au pédicule, en bas jusqu'au fond du scrotum, au moyen des ciseaux mousses conduits sur l'index introduit dans le sac. On peut encore, comme le conseille Lejars, inciser la couche aponévrotique jusque sur la partie supérieure du sac en coupant les fibres arciformes de l'anneau et l'on arrive sur le collet du sac. Cette manœuvre est plus dangereuse pour celui qui n'est pas habitué.

3e Temps : Débridement et examen de l'intestin. — Avant de procéder au débridement, on devra nettoyer la cavité du sac, afin d'éviter l'inoculation péritonéale possible par la sérosité où peut se rencontrer le coli-bacille.

Digitized by Google

Pour débrider le collet du sac, on glisse l'index entre la paroi du sac et l'intestin jusqu'à l'anneau constricteur, la pulpe étant en-dessus, l'ongle en dessous contre l'intestin: on glisse alors le bistouri boutonné sur la pulpe du doigt jusqu'à ce que l'extrémité mousse dépasse l'anneau; on tourne ensuite son tranchant en *haut*, ou plutôt en *haut* et en *dehors* et l'on sectionne l'anneau en relevant le bistouri dont l'extrémité mousse s'appuie sur le bout de l'index; on retire le bistouri en le remettant à plat sur le doigt, et si l'on peut franchir l'anneau avec la pulpe de l'index, le débridement est suffisant, sinon il faut procéder à une seconde section. Nous avons dit qu'il fallait débrider en *haut* et en *dehors*, c'est afin d'éviter les vaisseaux épigastriques qui se trouvent presque toujours en dedans du collet du sac.

Le bistouri boutonné n'est pas toujours nécessaire; souvent on peut avec l'index franchir le collet et l'on sectionne alors sur le doigt avec les ciseaux.

Avant de rentrer l'intestin dans l'abdomen, il faut l'examiner surtout au niveau de l'encoche; pour cela on attire l'anse étranglée au dehors. Nous avons supposé un cas simple, il n'y aura donc pas de lésions de l'intestin ou des lésions minimes. Si l'intestin est simplement congestionné, violacé, on pourra le rentrer sans crainte; mais on peut trouver des éraillures de la tunique séreuse qu'il faut réparer par quelques points au catgut ou une véritable suture à la Lembert, avant de rentrer l'intestin dans le ventre.

Cependant, il peut y avoir une portion d'anse de couleur noirâtre et dont la vitalité est douteuse. Mais s'il n'y a pas mortification dès que l'étranglement est levé, la circulation reprend son cours, et si on couvre l'anse de compresses trempées dans l'eau bouillie très chaude, elle ne tarde pas à reprendre sa coloration et sa tonicité normales; on peut alors réduire sans inquiétude.

Mais lorsqu'il y a avec l'intestin une masse épiploïque plus ou moins volumineuse, il est plus prudent de la réséquer après ligature. Cette ligature doit être bien faite, car on a vu mourir d'hémorrhagie des malades chez lesquels le fil avait glissé; aussi devra-t-on toujours faire une ligature en chaîne et même mettre un second fil de sûreté au-dessous. Si le paquet est très volumineux on fera plusieurs ligatures en chaîne.

4° Temps : Réduction. — Cela fait, l'intestin est réduit doucement en poussant avec l'index l'anse engagée dans l'anneau, pendant que l'autre main empêche l'issue de l'autre bout d'intestin. S'assurer enfin que l'intestin et l'épiploon sont bien rentrés dans la cavité péritonéale; pour cela, il suffit d'introduire le doigt dans l'orifice, de le promener autour de l'orifice herniaire et de constater qu'on est dans une vaste cavité tapissée d'une séreuse.

5° Temps : Dissection et ligature du sac. — La dissection du sac est faite de haut en bas en commençant dans le canal inguinal. Chaque lèvre étant prise on l'isole au moyen d'une sonde cannelée, du doigt ou d'une compresse en faisant grande attention aux éléments du cordon qu'on trouve en arrière et au-dessous. On isole ainsi le sac entier jusque dans sa portion scrotale et en haut le plus loin possible en se défiant toutefois de la vessie. Lorsque le sac est très adhérent, la dissection en est plus difficile; on l'isole d'abord au niveau du collet, on lie le sac à ce niveau et après section on dissèque la partie inférieure, dont on peut laisser une portion si l'adhérence est trop grande. Le sac doit être lié solidement au moyen d'un double fil enchaîné, puis réséqué au-dessous de la ligature dont on conserve les deux chefs.

Il faut, en effet, fixer le pédicule ainsi lié; pour cela, le doigt étant introduit sous la paroi en haut et en dedans, on traverse cette paroi de haut en bas avec l'aiguille de Reverdin de façon à venir sortir dans la plaie inguinale et l'on charge l'un des chefs de la ligature qui est ainsi amené au-dessus de la paroi; la manœuvre est répétée pour le second chef, en passant un peu en dedans, et les deux sont noués sur l'aponévrose du grand oblique. De cette façon le pédicule lié est remonté et fixé; c'est le procédé de Barker.

L'opération est terminée, et si l'état du malade est précaire, s'il faut finir vite, les deux lèvres de l'aponévrose seront suturées par un surjet de catgut, de même les piliers et la tunique fibreuse. On pourra encore réunir ces différents plans avec trois ou quatre crins passés en U que l'on fait traverser la peau et qu'on serre en dehors sur une mèche de gaze. La peau enfin est suturée au crin.

Mais si cela est possible, il vaudra mieux faire une cure radicale qui ne présente ici aucune particularité et que nous n'avons pas à décrire.

Si l'opération n'a pu être faite suivant toutes les règles de l'antisepsie (et cela peut arriver dans certains milieux), il faudra drainer au moyen d'un tube de caoutchouc. Le pansement sera fait avec de la gaze stérilisée ou iodoformée maintenue par un spica double bien serré et fermant bien la région au niveau du pli génito-crural. Il sera bon aussi d'appliquer un carré de taffetas au milieu duquel on fait passer la verge, afin d'éviter la souillure du pansement par l'urine.

Pendant 24 heures, le malade sera mis à la diète, on ne lui donnera que quelques cuillerées à café d'eau glacée pour calmer sa soif. Le lendemain on lui donnera des boissons légèrement alcooliques, grog, champagne étendu d'eau de Vichy, du lait, du bouillon glacés. Ce régime sera maintenu pendant quelques jours, et l'alimentation ordinaire ne sera permise qu'au 6e ou 8e jour. Doit-on les premiers jours donner de l'opium pour immobiliser l'intestin? Les uns le conseillent, d'autres le proscrivent. Nous croyons que dans le cas que nous avons pris pour type (hernie étranglée sans lésions intestinales) cela est inutile, mais il n'en est peut être pas de même lorsque des lésions ont été constatées et réparées.

Le lendemain et les jours suivants on devra s'enquérir si le malade a eu des gaz et des selles. S'il y a eu des gaz

Digitized by Google

mais pas de selles, on pourra, le 2e jour, donner un lavement à la glycérine et s'il ne fait pas d'effet, il n'y aura aucun inconvénient à le répéter; si même le 3e jour les selles n'ont pas été jugées suffisantes on administre un purgatif doux, de l'huile de ricin, par exemple; mais tant que le malade rend des gaz on n'a pas à trop se préoccuper de la débâcle.

Il ne faudra pas oublier la fréquence et la gravité des complications pulmonaires chez les vieillards, afin de pouvoir les prévenir (enveloppement ouaté du thorax et des jambes, boules chaudes aux pieds, décubitus mi-assis, mi-couché, etc.) et les traiter (ventouses, alcool, sirop calmant, etc.).

Le pansement ne sera refait que vers le 8e jour, à moins d'indication particulière, et les fils seront enlevés. Si l'on a drainé, le drain sera enlevé le 2e ou le 3e jour. En somme, au 10e tout est fini dans les cas ordinaires; il sera sage cependant de garder le malade au lit jusqu'au 15e jour et de ne lui permettre de sortir qu'au bout de la troisième semaine.

Doit on faire porter un bandage? Oui, si l'on n'a pu faire la cure radicale si la paroi est faible, ou si le malade se livre à des travaux pénibles nécessitant des efforts et qu'il est obligé de reprendre aussitôt. Sinon, c'est-à-dire si la cure radicale a été pratiquée méthodiquement, ce n'est pas nécessaire; toutefois, chez les malades qui reprennent de bonne heure leurs travaux, on pourra par prudence leur conseiller un bandage pendant quelques mois. — Henri Milhiet, *interne des hôpitaux.*

OBSTÉTRIQUE

Des incisions dans l'opération césarienne conservatrice. — L'opération césarienne autrefois délaissée commence à reprendre sa place en obstétrique, et au dernier congrès de gynécologie plusieurs accoucheurs se sont nettement prononcés en sa faveur. Le Dr Gerboud (Th. Paris 99) sous l'inspiration de M. Bar passe en revue les différentes incisions qui ont été préconisées depuis 1881; la question n'est pas sans importance, car le succès opératoire dépend beaucoup du choix d'une incision rationnelle, la question d'aptitudes chirurgicales étant mise à part.

Cohnstein en 1881, préconisa l'incision de la paroi postérieure de l'utérus, en raison de l'épaisseur de cette paroi et surtout à cause de la facilité du drainage par le cul de sac de Douglas, mais ce procédé n'a pas survécu, en raison des insuccès qu'il a donnés.

L'incision de la face antérieure semble la plus rationnelle, mais on l'a dirigée en divers sens.

L'incision transversale conseillée par Kehrer a donné quelques bons résultats; l'incision s'étend d'un ligament rond à l'autre à 1 cent. au-dessus du cul de sac vésico utérin au niveau de l'orifice interne du col.

Sanger a proposé une incision longitudinale portant sur le 1/3 moyen du corps, ayant une longueur de 16 à 17 cm.; ce procédé a été trés en faveur jusqu'à ces dernières années.

Les incisions du fond de l'utérus qu'elles soient transversales, d'une trompe à l'autre comme le recommande Fritsch, ou sagittales intéressant à la fois les parois antérieure et postérieure suivant le procédé de Müller sont passibles d'une sérieuse objection, le défaut de concordance des plaies abdominale et utérine; de plus elles exposent aux hémorrhagies graves.

L'incision longitudinale allant du fond de l'utérus jusqu'à l'anneau de Bandl est certainement la plus logique, c'est celle que préconisent M. Bar et son élève Gerboud; elle présente différents avantages : concordance des plaies utérine et abdominale, absence de gros vaisseaux à ce niveau, égale épaisseur de la paroi utérine, grâce à l'épaisseur des faisceaux musculaires longitudinaux. Pour que l'extraction du fœtus soit facile, l'incision devra toujours être élevée vers le fond.

Gerboud rapporte dix observations dans lesquelles l'opération fut pratiquée suivant cette technique: tous les enfants sont nés vivants, une seule femme est morte de péritonite.

Rappelons que dans les rétrécissements du bassin inférieurs à 6 cm. l'indication de l'opération césarienne conservatrice est absolue. — J. H. M.

Doit-on lier le bout placentaire du premier cordon dans la grossesse gemellaire? — Cette ligature a toujours été recommandée par les accoucheurs dans la crainte de l'écoulement, par ce bout placentaire, du sang du second fœtus. Cette crainte est fondée sur la possibilité de communications vasculaires entre les deux circulations fœtales. Peu et Deventer nient l'existence de ces communications; Baudelocque pense qu'elles sont peu développées et relate une observation dans laquelle le premier cordon ne fut pas lié, et il n'y eut pas d'écoulement sanguin; Velpeau rapporte deux cas semblables.

Ces anastomoses existent comme l'ont prouvé les injections, mais on ne les trouve pas dans tous les cas. On ne les rencontre que dans les cas de chorion unique, c'est-à-dire dans la grossesse gémellaire univitelline. D'après Bar ces anastomoses sont de deux ordres; les unes superficielles presque constantes, se divisant suivant le nombre des cavités amniotiques, communication d'artère à artère ou de veine à veine; les autres profondes ne comprenant qu'une seule catégorie : les intravilleuses capillaires d'artère à artère et de veine à veine fréquentes et non constantes.

En tous cas si une hémorrhagie est à redouter, elle se fera presque toujours par les artères et bien rarement par les veines.

Le Dr Aubert, qui a consacré sa thèse à ce sujet (Paris 1899), croit inutile la ligature du bout placentaire du pre-

Digitized by Google

mier cordon et il se base sur une série d'observations recueillies à la clinique Baudelocque et dans lesquelles l'écoulement sanguin a toujours été insignifiant lorsqu'il a été noté ; jamais il n'a pu constituer par son abondance un danger pour la vie du second fœtus.

La rareté ou tout au moins le peu d'abondance de ces hémorrhagies, peut s'expliquer par la rétractilité des artères, qui, atteignant rapidement son maximum, s'oppose d'une manière absolue à tout écoulement de sang. Cette ligature qui, certes, prend peu de temps, est donc inutile, et dorénavant on peut l'abandonner sans crainte. — J. H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La désinfection dans la rougeole. — M. Vallin. De toutes les maladies contagieuses, la rougeole est celle dont on meurt le plus à Paris, la tuberculose exceptée. Il est vrai que l'on ne meurt guère de la rougeole proprement dite ; on meurt presque toujours de ses complications, dont la plus fréquente est la broncho-pneumonie, surtout chez les enfants au dessous de cinq à dix ans.

Cette mortalité élevée de la rougeole semble due à l'absence complète de désinfection après la maladie. On sait, en effet, qu'elle ne figure point parmi les affections dont la *déclaration* est obligatoire, d'où le manque de désinfection. *Pour* expliquer cette lacune, on a dit que les germes de la rougeole étaient éphémères et insaisissables ; il est possible qu'il en soit ainsi pour l'agent de transmission de la rougeole ; mais il n'en est plus de même pour les germes pathogènes, pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, qui s'y associent et sont les agents de complications graves. C'est pourquoi il importe de les détruire par la désinfection des linges et des locaux souillés par les malades. Il importe donc que la déclaration de cette maladie soit reconnue obligatoire.

Traitement du psoriasis par l'ingestion de corps thyroïde. — M. Petrini, de Galatz, rapporte un cas de psoriasis vulgaire guéri par les capsules de corps thyroïde. Le traitement, qui dura trois mois, consista dans l'usage exclusif de capsules, renfermant 0 gr. 10 de substance active : le malade en absorba en tout 543, sans présenter aucun malaise, et sortit guéri de l'hôpital. *(20 février.)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Caractères cliniques des douleurs anévrysmatiques — M. Huchard. Les symptômes douloureux par compression ont une grande importance dans l'histoire clinique des anévrysmes aortiques, non pas qu'il faille admettre avec Gendrin que la douleur est un symptôme constant des anévrysmes, et la latence de beaucoup d'entre eux donne un démenti à cette assertion. Mais dans beaucoup de circonstances, la douleur est un symptôme révélateur d'une tumeur anévrysmale qui, pendant de longs mois, peut ne se manifester que par ce signe. Pour qu'elle se produise dans les anévrysmes de l'aorte, il n'est pas toujours nécessaire que la poche prenne un grand développement ; il y a de gros anévrysmes sans douleur, et il y a de petits anévrysmes à peine apparents avec des douleurs intolérables. C'est d'abord une question de siège, et lorsque la tumeur se porte en avant ou sur les côtés, elle peut comprimer les nerfs intercostaux, les nerfs du plexus brachial, du plexus cervical, d'où l'apparition de douleurs plus ou moins vives sur le trajet de ces cordons nerveux. Ni l'usure des os, ni celle des corps vertébraux ne peuvent en donner l'explication. Mais une lésion à invoquer est la médiastinite chronique, capable de déterminer des douleurs remarquables par leur violence, leur persistance, leur résistance à tous les moyens thérapeutiques.

Il y a donc une distinction clinique à établir entre les douleurs anévrysmatiques par simple compression, c'est-à-dire par refoulement, et celles par enserrement. Les premières diminuent d'intensité et disparaissent souvent quand la tumeur, jusque-là intra-thoracique, vient à apparaître au dehors, ou quand elle change de direction ; les secondes persistent même dans ces conditions. Celles-là sont de simples névralgies pouvant disparaître momentanément, dans certaines attitudes que prend le malade ; celles-ci, dues souvent à des névrites, ont un grand caractère de fixité, ne se modifiant ni par la rétraction du sac, ni par son extension dans d'autres points, ni par des changements d'attitude du patient, ni par les médicaments antinévralgiques.

Le siège de ces douleurs est extrêmement variable ; on peut croire pendant de longs mois à un simple rhumatisme de l'épaule, à une névralgie intercostale rebelle, à une névralgie thoraco brachiale. Mais en analysant bien le symptôme, on peut et on doit arriver souvent à dépister l'anévrysme, parce qu'on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il ne s'agit pas de réelles névralgies avec leurs sièges habituels d'élection douloureuse.

Lorsque l'on est en présence d'accidents douloureux, remarquables par leur opiniâtreté, leur longue durée, leur intensité, leur résistance à tous les médicaments habituels, quand ils présentent des caractères insolites, comme leur fixité dans un point déterminé, la possibilité de leur diminution par certains changements d'attitude, il ne s'agit pas de névralgies comme on le croit trop souvent, on doit voir là un signe de probabilité en faveur de l'anévrysme ; et, si aucune tumeur n'est encore perceptible, l'épreuve de la radioscopie devra être tentée pour arriver au signe de certitude, par la vue des mouvements expansifs de la tumeur, s'il s'agit d'un anévrysme de l'aorte thoracique.

Les anévrysmes de l'aorte abdominale susceptibles d'atteindre un volume considérable, déterminent également des douleurs à siège variable et ayant toujours une grande intensité : douleurs paroxystiques ou continues, augmen-

Digitized by Google

tant ou diminuant suivant l'attitude des malades, pouvant siéger dans les régions lombaires ou dorso-lombaires, autour du corps qu'elles étreignent en ceinture, avec irradiations douloureuses vers l'uretère, le cordon spermatique, les membres inférieurs.

Lorsque le diagnostic d'anévrysme est établi, il importe de rechercher si cette affection coïncide avec l'artério-sclérose. Il existe en effet une grande différence entre les anévrysmes aortiques avec tension artérielle normale et les anévrysmes avec tension exagérée. Celle-ci expose surtout à l'extension plus rapide, aux ruptures plus précoces des poches anévrysmales et elle est le symptôme par excellence de l'artério-sclérose et surtout de la néphrite interstitielle.

Pour ces cas, l'indication principale du traitement réside dans le régime alimentaire pour éviter l'augmentation de la tension vasculaire. Par conséquent, il faut interdire, comme pour les cardiopathies artérielles : les bouillons et potages gras, pas de viande, viandes faisandées et peu cuites, poissons de mer, conserves alimentaires, gibiers, fromages faits, mets épicés. Les anévrysmatiques doivent être soumis à des cures de régime lacté soit absolu, soit associé aux légumes, quelques œufs, fruits et raisin. Le thé, café, liqueurs, bières, tabac sont naturellement défendus.

MM. Rendu, Lion et Hayem rapportent plusieurs cas de pseudo-névralgies symptomatiques de compression des nerfs intercostaux ou des racines rachidiennes par des anévrysmes jusque-là demeurés latents, et dont le diagnostic vrai a été confirmé soit par la marche ultérieure de l'affection, soit à l'autopsie.

Lésions hépatiques et rénales dans un cas d'intoxication alimentaire. — M. Papillon a observé, à la suite d'une intoxication alimentaire par du pâté de foie gras de mauvaise qualité, rapidement mortelle, avec érythème ortié et phénomènes cholériformes : 1° dans le rein, la nécrose de presque tout l'épithélium sécréteur ; 2° dans le foie, à côté de petits foyers d'hépatite parenchymateuse, une infiltration généralisée des cellules glandulaires par du pigment ocre. *(16 février.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A propos des para-appendicites. — M. Routier. Un certain nombre d'affections de la fosse iliaque droite, parmi lesquelles il faut citer la typhlite ulcéreuse, la salpingite, la péritonite localisée, peuvent revêtir les symptômes de l'appendicite ; M. Quenu les désigne sous le nom de para-appendicites ; or, ce terme nouveau consacre une erreur de diagnostic, car il s'agit en réalité d'affections auxquelles l'appendicite est totalement étrangère.

M. Delbet émet la même opinion et considère le mot para-appendicite comme absolument impropre, et de nature à jeter une confusion dans l'esprit ; il implique en effet que l'appendice prend part à l'inflammation iliaque, alors qu'il y est totalement étranger.

Grossesse tubaire. — M. Malapert, de Poitiers, rapporte une observation de grossesse tubaire de deux mois environ ; ablation de la trompe, guérison.

Cerclage de la rotule. — M. Schwartz présente un homme atteint de fracture indirecte de la rotule, de contusions multiples, auquel il a fait, trois semaines après l'accident, le cerclage de la rotule ; guérison complète. — *(14 février.)*

BIBLIOGRAPHIE

Traité de physiologie humaine, par le Dr R. Tigerstedt, professeur à l'Institut de Stockholm. Leipzig, chez S. Hirzel, 1897-98.

On ne saurait trop faire l'éloge de ce beau traité en librairie depuis un an. Dans ces deux volumes de 400 pages renfermant plus de 300 figures, l'auteur a mis à la portée des étudiants toutes nos connaissances actuelles en physiologie. Sans s'arrêter aux digressions rétrospectives, le professeur Tigerstedt expose simplement la physiologie de chaque appareil. Après avoir décrit les méthodes de recherches et les appareils enregistreurs, et donné un intéressant aperçu de la physiologie des organismes élémentaires, il étudie successivement les mutations intraorganiques, la nutrition, la circulation du sang, la digestion, la respiration, les mouvements de la lymphe, l'élimination des produits de la nutrition, la secrétion de l'urine, la température du corps et les fonctions des muscles. Le deuxième volume est presque entièrement consacré à l'étude des sens et du système nerveux.

Ce traité n'est pas seulement un ouvrage utile mais original. Il est digne d'être consulté par les physiologistes de tous les pays, car le professeur Tigerstedt est un de ceux qui ont, dans ces derniers temps, le plus contribué aux progrès de cette science. — A. W.

Traité de la physiologie de la circulation, par le Dr R. Tigerstedt, professeur à l'Institut de Stockholm. Leipzig, von Veit et Cie 1893.

Le célèbre professeur suédois a publié dans ce volume de 500 pages, sous forme de leçons, l'ensemble de nos connaissances actuelles sur la physiologie de l'appareil circulatoire. Après un aperçu de physiologie comparée, l'auteur étudie successivement la fréquence des battements du cœur sous l'influence des différentes causes physiologiques ; du mécanisme des valvules et les bruits du cœur, la contraction du muscle cardiaque, les variations de pression intra cardiaque, le choc du cœur, les propriétés physiologiques du myocarde, sa nutrition, son innervation, l'action de la pression sanguine sur la fréquence des battements du cœur. Puis, il montre dans ses dernières leçons quels sont les différents facteurs de la circulation dans les artères, les veines et les capillaires, le rôle de la circulation pulmonaire, celui des nerfs vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs et de leur appareil nerveux central. Enfin, dans une dernière leçon, il insiste sur l'importance physiologique des nerfs vaso-moteurs et sur la répartition du sang dans l'organisme.

Cet ouvrage remarquable est encore, malgré les travaux les plus récents, un de ceux que peuvent consulter avec le plus de fruit tous ceux qu'intéresse la physiologie de l'appareil cardio-vasculaire. — A. W.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Formes atténuées de la grippe et principes de traitement (1)

Par H. HUCHARD, *de l'Académie de médecine*

Il semble utile et opportun de dire quelques mots sur les formes atténuées de la grippe, d'une façon incomplète sans doute, mais suffisante pour faire comprendre la valeur de la thérapeutique et les principes qui doivent la guider.

Ces formes atténuées sont d'autant plus intéressantes à étudier qu'on les méconnaît le plus souvent et qu'on n'en tient pas assez compte au sujet du traitement préventif des formes les plus graves, lesquelles sont fréquemment consécutives aux premières.

I

1° Il y a des grippes atténuées *apyrétiques*.

Les unes sont caractérisées par des névralgies diverses, par un endolorissement général, par des douleurs variables de siège et d'intensité que j'ai étudiées en 1890 sous le nom d'« algies grippales » (2), par de la céphalalgie, des douleurs fugaces ou fixes dans les membres, les masses musculaires, les articulations (pseudo-rhumatisme infectieux), sur le trajet des nerfs périphériques, de la colonne vertébrale, des lombes. Dans les grandes épidémies, ces symptômes douloureux ont toujours été observés, à ce point qu'au XVe siècle, on a donné le nom de *tac* ou *horion* à cette maladie, et un chroniqueur du temps, Pasquier, décrit ainsi certaines douleurs de l'épidémie de 1403 : « La maladie commençait ès reins et ès épaules, et n'estait nul, quand elle prenait, qui ne cuisdât avoir gravelle, tant faisait cruelle douleur. » J'ai vu plusieurs malades chez lesquels les douleurs des membres étaient si vives et si généralisées qu'il en résultait une immobilité absolue et que l'on eût pu croire à un rhumatisme articulaire généralisé.

La grippe entraîne pendant son cours, et même à sa suite, un état remarquable de dépression physique, intellectuelle et morale ; elle peut n'être constituée que par une asthénie nerveuse plus ou moins généralisée, et, comme je l'ai dit encore à la même époque (3), « cette asthénie générale ou les asthénies localisées à divers organes ne sont pas toujours en rapport avec la sévérité ou la gravité des attaques de grippe. Bien au contraire, on voit souvent des individus, sans fièvre, sans localisation catarrhale ou inflammatoire, atteints de ce que l'on peut désigner sous le nom d'*état grippal* caractérisé par cet état de dépression morale, physique ou intellectuelle, dont je ne fais qu'esquisser quelques-uns des caractères ; et, puisqu'il s'agit parfois de véritables pandémies, on peut dire que l'humanité presque tout entière reste à l'état de fatigue. Jusque dans la convalescence, la grippe montre l'atteinte profonde portée aux fonctions nerveuses ; elle aime le système nerveux, et cette influence dépressive se localise souvent sur les nerfs vagues, à ce point que les grippés se comportent comme s'ils avaient leurs pneumo-gastriques sectionnés, ce qui devient une cause fréquente d'infections secondaires sur l'appareil broncho-pulmonaire.

A côté des congestions aiguës, des pneumonies lobulaires ou lobaires, dont je n'ai pas à tracer l'histoire, on voit des congestions pulmonaires ou des *pneumonies vago-paralytiques*, dont les allures et la physionomie clinique sont caractéristiques : *pneumonies en bloc* qui, rapidement, dans l'espace de vingt quatre heures, arrivent à la période d'hépatisation, et peuvent envahir un lobe tout entier : *congestions pulmonaires*, plus ou moins étendues, s'installant pendant plusieurs semaines, se révélant par des râles crépitants fins, assez nombreux, seulement appréciables dans les grandes inspirations, comme s'il s'agissait de râles produits par le déplissement pulmonaire et dus à une sorte d'*affaissement pulmonaire*. La contractilité bronchique est atteinte par une sorte de bronchoplégie, de « paralysie des poumons », ainsi que Graves l'appelait ; l'élasticité des vésicules pulmonaires est affaiblie, ce qui permet leur affaissement et ce qui favorise la tendance à l'asphyxie. Dans certains cas, il ne s'agit donc pas de véritables pneumonies, ce qui explique l'absence de micro-organismes signalée dans l'expectoration par quelques auteurs, et je répète que certains états congestifs du poumon dans la grippe sont sous la dépendance d'un état parétique du nerf vague ; c'est ce qui explique l'absence assez fréquente du point de côté dans ces cas, de toute réaction inflammatoire ou fébrile, ou même le ralentissement du pouls contrastant avec une élévation de température (1).

Il ne s'agit déjà plus ici d'une de ces formes atténuées dont j'ai à faire succinctement l'histoire clinique. Ce que je veux signaler, ce sont ces congestions pulmonaires bâtardes, presque latentes, évoluant insidieusement, silencieusement, sans fièvre, sans expectoration, avec une toux assez rare, se traduisant à l'oreille par l'existence de ronchus sous-crépitants ou même crépitants, aux deux bases ou même à la partie inférieure d'un seul poumon et seulement dans la

(1) *Académie de médecine*, 27 février 1900.

(2) Quelques remarques cliniques sur la grippe (*Soc. méd. des hôp.*, 14 mars 1890).

(3) La convalescence dans la grippe (*Soc. méd. des hôp.*, 2 mai 1890).

(1) HUCHARD : Sur quelques formes cliniques de la grippe infectieuse (*Soc. méd. des hôp.*, 24 janvier 1890).

Digitized by Google

première partie ou le tiers de l'inspiration (râles sous-crépitants hémi-inspiratoires), ou encore par cet état particulier de torpeur pulmonaire caractérisé par la faiblesse du murmure vésiculaire au point de faire croire à l'existence d'un léger épanchement pleural.

D'autres fois, il s'agit d'un mélange de congestion pulmonaire et de bronchite (hémo-bronchite de Woillez), ou encore d'une pleurite sèche très localisée, sans réaction inflammatoire, ni fébrile.

Tous ces phénomènes stéthoscopiques sont, pour ainsi dire, des surprises d'auscultation, et les malades — car ils le sont, en s'en doutant bien peu — continuent à vaquer à leurs journalières occupations ou à promener un peu partout, au dehors, en état continuel de réceptivité morbide, leurs grippes atténuées, larvées ou latentes.

Je mentionne seulement les grippes atténuées gastro-intestinales caractérisées par un vulgaire embarras gastrique coïncidant avec une asthénie nerveuse très prononcée, ou par des troubles intestinaux divers.

2° Il y a des grippes atténuées *fébriles*.

Elles se révèlent par l'existence d'une fièvre parfois intense jusqu'à 40° (vingt-quatre à quarante-huit heures), sans aucun substratum anatomique, sans aucune lésion d'organes. J'ai vu un malade qui, au milieu d'une promenade, fut pris subitement d'un frisson et d'un accès de fièvre; la température s'éleva rapidement à 39°,8, et trois heures après, elle était revenue au chiffre normal. Ici, il n'y a que la fièvre pour caractériser l'état morbide, c'est elle seule qui constitue toute la maladie. Quelquefois même, la température peut être extrêmement élevée, et c'est ainsi que dans sa thèse inaugurale « sur les formes cliniques et le diagnostic de la grippe » (Paris 1886), l'un de nos élèves, le Dr Doussain, a cité deux cas de grippe chez deux enfants qui ont présenté, seulement avec quelques râles de bronchite dans la poitrine, une température ayant un jour atteint 40°. Ces deux enfants ont cependant guéri, et la maladie n'a duré que quelques jours.

La fièvre cède spontanément, ou le plus souvent sous l'influence d'une thérapeutique dont je parlerai plus loin. Enfin, la fièvre peut être dissociée, la température atteignant 38°5, 39°, et même plus de 40° alors que le pouls reste normal et ne dépasse pas 60, 70 à 80 pulsations par minute. L'un des historiens de l'épidémie de 1837, Landau (1), s'exprime ainsi : « Le pouls, ordinairement si large et si plein dans cette maladie, était petit et *lent*; excepté chez deux malades où il s'est élevé jusqu'à 86 pulsations, il n'a pas dépassé 72, et le plus souvent il variait de 60 à 68. »

(1) *Arch. de Médecine*, 1837.

Valleix (1) a dit de son côté : « Le pouls semblait avoir moins d'ampleur, son accélération n'était pas, dans beaucoup de cas, en rapport avec la violence des symptômes fébriles. » Enfin, Graves a fait une autre constatation : « Quoique le mouvement fébrile fût un des traits les plus remarquables de l'influenza de 1837, on peut dire que la fièvre n'est point un élément essentiel de la maladie. »

II

Je suis loin d'avoir épuisé toute l'histoire clinique des formes atténuées de la grippe. Mais, j'en ai dit assez pour démontrer qu'en temps d'épidémie, ce sont ces formes légères ou larvées que l'on ne soigne pas, que les malades négligent et promènent sans cesse, alors qu'elles sont la porte d'entrée des formes beaucoup plus graves et des infections secondaires si nombreuses et si fréquentes dans le cours de la maladie qui ne reste pas toujours abortive.

Il faut s'occuper des formes ambulatoires de la grippe, de l'*influenza ambulatoria*, et il faut s'en défier. Si la maladie est protéiforme, à surprises et à reprises, si elle ne peut se prêter à une description univoque, si elle ressemble si peu à elle-même, changeant à chaque instant chez des individus différents ou chez les mêmes individus, si elle déjoue parfois les plus savants pronostics, si elle peut atteindre presque tous les organes, si l'on a pu dire d'elle qu'il faut presque « rapprendre sa pathologie », si elle peut être tour à tour, ou congestive, ou inflammatoire ou suppurative, c'est parce que le bacille de Pfeiffer très diffusible, favorise singulièrement les infections secondaires par les pneumocoques, les streptocoques, les staphylocoques,, etc., en augmentant leur virulence et en affaiblissant singulièrement la résistance de l'organisme par l'atteinte profonde portée au système nerveux. Il importe de ne pas oublier que la grippe est une maladie essentiellement *fluxionnaire et congestive*, aboutissant le plus souvent à une *diminution parfois considérable de la tension artérielle*, d'où le phénomène du pouls instable, à une *asthénie nerveuse* des plus prononcées.

De là, des indications thérapeutiques très importantes qu'il faut savoir remplir tout d'abord dans les formes atténuées.

Avant d'insister sur ces indications thérapeutiques et sur les moyens médicamenteux ou hygiéniques dont nous disposons, il n'est pas inutile de jeter un coup d'œil d'ensemble sur l'histoire bactériologique de la grippe, car cette histoire est instructive. Pendant la grande épidémie de 1890, on a été pendant longtemps à la recherche de son microbe, et chacun a voulu avoir le sien. Tout d'abord, Klebs a décrit un hématozoaire; d'autres auteurs, avec Fischel, ont vu des

(1) *Presse médicale*, 1837.

Digitized by Google

diplocoques ; avec Finkler, Ribbert, Duponchel, Vaillard et Vincent, un streptocoqne identifié avec le streptocoque de l'érysipèle, le streptocoque pyogène ; avec Prior, Weichselbaum, Kruse et Pansini, un coccus lancéolé, encapsulé, peu différent du pneumocoque ; avec Jolles, un bacille encapsulé presque semblable au pneumo-bacille de Friedlander ; avec Teissier, Pittion et Roux (de Lyon), un microbe à caractères bien incertains, puisqu'ils traduisent ceux du pneumocoque, du streptocoque, du bacille de Pfeiffer. Mais, dès 1886, dans sa thèse sur la « grippe et pneumonie », Ménétrier s'était attaché avec raison à démontrer que les pneumonies grippales ne diffèrent pas le plus ordinairement des pneumonies ordinaires, et que celles de 1886 étaient causées par le pneumocoque. Ce ne fut qn'en 1892, que Pfeiffer découvrit le bacille de la grippe (bâtonnet fin et court se trouvant dans le muco-pus des bronches, et par exception dans le sang, se cultivant à 37 degrés), différent du pseudo-bacille que l'on rencontre dans les bronchites simples.

Hé bien, la richesse microbienne de la grippe, et l'erreur de tous ceux qui avaient voulu tour à tour lui attribuer des germes pathogènes si différents, sont fort instructives. Nous comprenons par là le caractère protéiforme de ses aspects cliniqnes, l'importance et la fréquence de ses multiples manifestations, à ce point que le polymorphisme symptomatique paraît traduire assez fidèlement le polymorphisme microbien. D'autre part, si le bacille de Pfeiffer ne produit souvent, à lui seul, que des grippes atténuées ou peu graves, peu inflammatoires, peu snppuratives, localisées surtout à l'arbre bronchique, il a pour effet d'affaiblir considérablement la résistance de l'organisme en déprimant le système nerveux, de provoquer ou d'exalter la virulence des microbes qui, dans l'état de santé, sont les hôtes habituels et inoffensifs de nos cavités naturelles. Alors, puisque l'antitoxine de la grippe attend encore son découvreur, puisque nous ne pouvons rien ou presque rien contre l'infection primitive, mais que nous sommes un peu les maîtres des infections secondaires qui font réellement la gravité de l'influenza, c'est à elles que la tactique médicamenteuse doit s'adresser pour la prévenir en temps d'épidémie chez les sujets sains, à plus forte raison chez tous ceux qui sont atteints de formes atténuées et ambulatoires de la maladie.

En temps d'épidémie, il importe de recommander l'antisepsie et l'asepsie la plus rigoureuse, des cavités naturelles et de la surface cutanée : lavages fréquents de la bouche et du nez avec une ou deux cuillerées à soupe de liqueur de Van Swieten dans un demi-verre d'eau ; attouchements sur les parties profondes au niveau des amygdales, du naso-pharynx avec des solutions étendues de sublimé.

Cependant, les gargarismes et les lavages buccaux au sublimé étant très désagréables, on peut les remplacer par une solution de formol (0,50 centigrammes pour 1000), par des solutions mentholées (un gramme pour 1000), phéniquées (5 grammes pour 1000). M. Vallin, qui préfère ces préparations, avait déjà, en 1892, à l'Académie de médecine, insisté sur ces précautions hygiéniques, et la même année, à la Société de thérapeutique, à propos du « traitement des pneumonies grippales », j'affirmais à mon tour qu'il faut neutraliser l'action des microbes, inoffensifs à l'état normal, mais capables de prendre un haut degré de virulence à la faveur de l'infection pfeifférienne. On ne doit pas attendre, ajoutai-je, l'évolution de la pneumonie pour prendre toutes ces précautions hygiéniques, et avant que la pneumonie se soit manifestée, l'antisepsie naso-bucco-pharyngienne s'impose.

Dans toutes les maladies infectieuses et surtout dans la grippe, si riche en infections secondaires, il faut veiller à l'antisepsie ou à l'asepsie de la surface u - tanée, et les vésicatoires que l'on applique sans mesure ni raison, même dans les grippes atténuées, n'est pas précisément un moyen de remplir cette importante indication. Je ne veux pas rouvrir un nouveau procès du vésicatoire, d'autant plus que — je le sais par expérience — les irréductibles ennemis de l'emplâtre vésicant dans les maladies infectieuses ne parviendront jamais à convaincre les irréductibles partisans du même emplâtre, et réciproquement. Cette fois, je tiens à m'abriter derrière l'autorité de Graves qui était déjà arrivé empiriquement à ces conclusions : « L'impuissance des vésicatoires est une des particularités les plus remarquables de l'histoire de la grippe : pour moi, j'y ai complètement renoncé »,

Dans une maladie où les infections secondaires sont si fréquentes où redoutables, et l'on doit favoriser la neutralisation et l'élimination des toxines microbiennes et autres, il faut tenir un grand compte de l'état du foie et des reins, de l'insuffisance rénale et hépatique, d'autant plus que l'urobilinurie est « un fait constant dans la symptomatologie de la grippe (1) ». Cette insuffisance hépatique, disais-je déjà (2) en 1892, qui joue un grand rôle, trop souvent méconnu, dans les maladies générales et fébriles, doit être combattue par deux médications · l'une qui a pour but de favoriser le fonctionnement du foie et du rein, l'autre qui a pour but de tarir toutes les sources d'intoxication et surtout celles de l'intestin. La pres-

(1) Hayem. *Soc. méd. des hôp.*, 14 février 1890.
(2) *Soc. de thérap.*, 1392.

Digitized by Google

cription du laitage (1 litre par jour) ou du régime végétarien remplit déjà les deux indications, puisque le lait est diurétique, qu'il diminue la toxicité intestinale et urinaire, et que d'autre part il contient du sucre capable de se transformer en glycogène. Enfin il faut supprimer de l'alimention toutes les substances riches en toxines alimentaires, toutes les viandes plus ou moins faisandées des dîners en ville ou des banquets, où l'on s'empoisonne en bonne et nombreuse compagnie.

En temps d'épidémie grippale, il faut « entourer l'estomac de soins pieux » comme le disait Peter, pour d'autres maladies, combattre hâtivement les moindres symptômes d'embarras gastrique, introduire dans les voies gastro-intestinales le moins de toxines alimentaires qu'il est possible. C'est là de la bonne antisepsie intestinale, meilleure et plus sûre que celle que l'on veut obtenir un peu théoriquement par les naphtols, le salol, le bétol, le benzonaphtol et d'autres médicaments encore.

Il n'y a pas de médicament spécifique de la grippe. Cependant, il en est un auquel on doit toujours avoir recours, et cela de très bonne heure, même dans les formes atténuées apyrétiques : je veux parler du *sulfate de quinine*, sur lequel, il y a dix ans, un médecin de Bordeaux, le regretté Gellie, a beaucoup insisté, alors empiriquement. Pour ma part, dès la première atteinte grippale, même la plus légère, je prescris toujours, depuis cette époque, 1 gramme et même 1 gramme 25 ou 2 grammes 50 de bromhydrate de quinine (que je préfère au sulfate), quelquefois pendant un seul jour, ou encore suivant l'indication pendant deux ou trois jours. Les doses de 0,30 à 0,50 centigrammes que l'on prescrit d'ordinaire dans ces cas, et qui avaient été (1899) recommandées par Grœser (de Bonn) pour éviter la diffusion de l'épidémie dans l'armée allemande, sont illusoires et la condition du succès réside dans les doses massives du sel quinique. M. Mossé (de Toulouse), est arrivé aux mêmes conclusions, et il conseille, comme traitement abortif, 1 gramme à 1 gramme 25 de sulfate de quinine dans les deux premiers jours, 0,80 centigrammes le troisième jour, et ensuite 0,50 centigrammes les jours suivants. Ses recherches expérimentales lui ont démontré que la présence de la quinine dans le sang rend ce milieu « peu favorable à la vie et au développement de la virulence du microbe de Pfeiffer. » Malheureusement, le résultat de ces expériences est sujet à contestation, puisque le bacille ne se trouve qu'exceptionnellement dans le sang(1). Mais, si la quinine n'est pas un médicament spécifique de la grippe, on peut dire qu'elle en est le médicament physiologique. Car à cette dose, mais à cette dose seulement, cet agent est antifluxionnaire, tonique, vaso-contricteur et hypertenseur dans une maladie où l'élément congestif, la vaso-dilatation et l'hypotension artérielle jouent un rôle important. C'est même en m'appuyant sur ces données qu'il m'arrive parfois de joindre l'*ergot de seigle* au sulfate ou au bromhydrate de quinine (0,10 centigrammes d'extrait aqueux d'ergot de seigle et 0,10 centigrammes de sulfate de quinine pour une pilule : 6 à 10 pilules par jour). Si l'intolérance gastrique est à craindre, on peut avoir recours aux injections sous-cutanées de quinine.

Il ne faut pas abuser de *l'antipyrine*, parce qu'elle diminue l'excrétion rénale, parce qu'elle déprime le système nerveux, parce qu'elle est un trompe-l'œil en s'attaquant à la température fébrile qui est souvent un bien ; car en favorisant les combustions, la fièvre soustrait à l'organisme les toxines qui l'encombrent, et il faut se garder d'administrer toutes les substances capables d'entraver les oxydations cellulaires. La preuve en est dans ce fait d'observation, que de toutes les formes atténuées de la grippe, ce sont les formes apyrétiques qui sont les plus susceptibles de devenir graves et compliquées, alors que les formes atténuées, fébriles, *sine materia*, sont plus franchement et plus souvent abortives.

L'association de l'antipyrine et du sulfate de quinine dans une même formule, pour combattre le même symptôme, est le plus souvent antiphysiologique, et il faut se défier des associations médicamenteuse dont on abuse, de ces mariages contre nature entre plusieurs médicaments dont l'action physiologique est souvent opposée, quand leurs propriétés chimiques ne sont pas contraires.

Lorsque l'asthénie nerveuse est très prononcée, on peut faire usage des *glycérophosphates* et plutôt de la *strychnine* (2 à 3 milligrammes par jour de sulfate de strychnine, ou injections sous-cutanées de deux à quatre demi-seringues de Pravaz d'une solution renfermant 0,01 centigramme de sulfate de strychnine pour 10 grammes d'eau distillée).

Le *chlorhydrate d'ammoniaque* (à la dose de 2 à 3 grammes par jour, par cachets de 0,50 centigrammes), vanté par Marrotte, a une efficacité extrêmement douteuse.

Tels sont, d'une façon générale, en nous basant sur la physiologie de la maladie, les principes du traitement physiologique de la grippe considérée dans ses formes atténuées. On voit que tout d'abord l'hygiène fait la base de la médication et que, dans ces formes atténuées, je ne prescris qu'un seul médicament, la quinine, et encore pendant un ou trois jours au plus.

(1) Mossé. Recherches expérimentales et cliniques sur l'influenza, *Académie de Médecine*, 23 octobre 1894 et *Revue de Médecine*, 1895.

Digitized by Google

Il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'isoler les individus d'un tel milieu épidémique, et l'on comprend que la formule de Peter — « on évite ou on guérit la grippe les pieds sur les chenets » — est fort décevante. J'ajoute qu'elle serait dangereuse à propager, à titre d'unique ressource hygiénique, puisque la grippe est véhiculée, non seulement par le contact direct ou les objets, mais encore par l'air, puisqu'elle revêt tous les caractères d'une pandémie arrivant à forcer les barrières plus ou moins closes de nos portes et de nos fenêtres, et puisqu'elle va encore atteindre des vieillards ou des malades confinés au lit, ou des hommes de bureau sortant à peine. Ce qu'il faut faire, encore une fois, c'est réduire à l'impuissance les microbes qui nous menacent par leur virulence acquise, c'est augmenter la force de résistance de l'organisme, c'est éviter tout ce qui peut contribuer à l'affaiblir ; c'est encore obéir aux trois indications capitales qui se présentent dans toutes les formes de la grippe, et même dans les formes atténuées : tendance aux congestions viscérales, à l'asthénie nerveuse, à l'hypotension vasculaire. Ce qu'il faut faire encore, c'est obéir aux préceptes d'hygiène sur lesquels j'ai insisté, et sans lesquels la thérapeutique préventive n'est qu'un vain mot.

Ainsi, contre ces formes atténuées ou larvées de l'influenza, trop souvent méconnues ou trop souvent négligées, les pratiques hygiéniques préférables aux drogues, l'antisepsie naso-bucco-pharyngienne, l'antisepsie gastro-intestinale par l'alimentation, les soins à prendre dans le but d'éviter toute cause de débilitation de l'organisme et de relever la force toujours amoindrie, l'usage hâtif de la quinine à haute dose avec ou sans ergot de seigle, et cela pendant quelques jours seulement, peuvent déjà constituer la base d'un traitement préventif et contribuer pour une grande part à empêcher la production des infections secondaires, sans cesse menaçantes dans le cours de la grippe la plus légère en apparence. Car le rôle du thérapeute n'est pas seulement de chercher à guérir, mais il consiste surtout à prévoir..., à prévoir et à prévenir toutes les complications résultant des infections secondaires.

CLINIQUE MÉDICALE

La dilatation aiguë du cœur dans les maladies infectieuses

M. le professeur Henschen (d'Upsala), vient de consacrer à ce sujet une intéressante étude, et il envisage d'abord :

a) Fièvre typhoïde. — Les auteurs différent d'avis sur cette question. Laugier, Seitz (*Der abdominal typhus*, 1888), Marfan, Foubert (*Th. Paris* 1887), Von Dusch' Gerhardt n'ont pas signalé ou ont peu insisté sur cette dilatation aiguë du cœur. Von Buhl dit cependant que le ventricule gauche est dilaté dans la plupart des cas.

Il faut distinguer chez l'adulte la dilatation de l'état fébrile et celle de la convalescence.

Pendant l'état fébrile :

Le meilleur travail de l'état du cœur au cours de la fièvre typhoïde est dû à Stokes. Il a étudié, à ce point de vue, 66 cas. Parmi ces 66 cas, il n'y en qu'un où le cœur a été trouvé dilaté. Cette observation a été suivie d'autopsie. Le cœur était agrandi et très flasque, le ventricule gauche plus que le ventricule droit.

Romberg, sur onze cas de fièvre typhoïde suivis d'autopsie et d'examen microscopique du cœur, n'a trouvé qu'un où cet organe était dilaté et « le myocarde dégénéré dans son parenchyme ».

Pourtant il dit que la dilatation aiguë du cœur est extrêmement fréquente dans la fièvre typhoïde. La signification pronostique ne serait pas trop mauvaise.

M. Henschen s'associe complètement à l'opinion de Romberg quant à la fréquence, puisqu'il a trouvé le cœur dilaté dans 3 cas sur 4 observés.

Mais, en se rapportant aux autopsies de typhoïdiques faites dans son service, la proportion serait bien moindre, ce qui le pousse à conclure que le cœur se contracte après la mort.

La dégénérescence parenchymateuse du cœur a été notée dans 8 cas sur 27 sans que le cœur ait été trouvé dilaté après la mort. Les reins n'étaient dégénérés que dans 7 cas sur 27.

Il semble que la néphrite typhique n'a pas la même influence sur le cœur et sur le pouls que la néphrite aiguë commune ou la néphrite scarlatineuse, où le cœur se dilate et s'hypertrophie très rapidement. Dans la fièvre typhoïde, les conditions nécessaires à l'hypertrophie manquent, semble-t-il.

« Quant à l'époque à laquelle se montre la dilatation, Henschen l'a observée une fois le 9e jour, une fois le 11e, une fois le 18e, une fois le 34e.

« Dans un cas, elle était la cause de collapsus, de thrombose des cavités et de mort; dans un autre, la thrombose se faisait dans les jambes après 17 jours d'une forte fièvre.

« Dans un cas, la dilatation disparaissait sans suite ; dans un autre, elle causait la mort ; dans un troisième, elle faisait sa réapparition pendant la convalescence et persistait. Henschen croit que la dilatation du cœur rend le pronostic de la fièvre typhoïde très sombre, par collapsus ou thrombose des cavités.

« Pour bien dépister la dilatation, il faut examiner plusieurs fois par jour le pouls, le choc et les bruits du cœur. Si le pouls s'accélère subitement jusqu'à 120-140, s'il devient très faible sans autre cause connue, sans que la fièvre monte, si le choc du cœur devient visible après avoir été invisible ou, au contraire, s'il devient faible après avoir été

Digitized by Google

fort, si les bruits du cœur changent et que le 1er bruit devient faible et sourd, il faut faire attention : la percussion montrera une dilatation du cœur.

« Pourtant les observations de Romberg montrent que la dilatation n'est pas toujours d'un pronostic sombre. Romberg a trouvé que la dilatation apparaît et disparaît lentement, peu à peu. J'ai trouvé, dit Henschen, qu'au contraire elle se fait subitement et qu'elle varie d'un jour à l'autre ».

Dilatation pendant la convalescence de fièvre typhoïde.

Pendant la convalescence on observe souvent de la tachycardie. Mais les observations de dilatation du cœur sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse se faire une opinion ferme.

Dans une observation de Henschen, la dilatation, qui avait disparu, reparaissait 38 jours après la disparition de la fièvre avec des symptômes de collapsus. Cette dilatation devint permanente.

Taubzer a observé un cas de dilatation aiguë du cœur avec mort subite dans la convalescence de fièvre typhoïde. Le myocarde était en dégénérescence graisseuse.

Dans un cas de Romberg, où l'on avait noté pendant la fièvre un 1er bruit sourd et un pouls de 120-140, le cœur se dilata subitement le 64e jour. Le pouls fut trouvé à un travers de doigt en dehors du mamelon ; il y avait de l'insuffisance mitrale. Cet état persista pendant quatre semaines.

La cause de ces dilatations paraît due aux lésions cardiaques.

Dilatation du cœur après la fièvre typhoïde.

Le cœur, après une fièvre typhoïde, même s'il est en apparence sain, peut être altéré dans sa force et son élasticité.

Christ (*Arch. f. kl. Med, Bd. 53*, 1894) a montré, à l'aide d'un ergostat, que chez 6 convalescents de fièvre typhoïde, le cœur se dilatait, surtout à droite, et montrait d'autres signes d'épuisement, si on leur faisait faire un certain travail. Mais le cœur revenait, dans quelques heures, à son état normal.

Selon Da Costa, qui a étudié le cœur des soldats atteints de fièvre typhoïde, pendant la guerre de Sécession, le cœur de ces malades resterait toujours sensible au surmenage et aux émotions. La myocardite reste stationnaire, mais si ces anciens typhiques s'exposent à une des conditions qui favorisent la dilatation, celle-ci reparaîtra aussitôt. La tachycardie paroxystique des anciens typhiques en est la preuve.

b) Diphtérie. — Parmi les auteurs, qui ont traité ce sujet, il faut citer Birsch-Hirschfeld, Rosenbach, Leyden, Schomm, Romberg, Huguenin, Rabot et Philippe.

Mais ces auteurs ont presque exclusivement traité le côté anatomique de la question. Les observations sont, en général, trop incomplètes pour qu'on puisse savoir si les cas de diphtérie ont été des cas simples ou compliqués de néphrite, pneumonie, etc.

Déjà, en 1857, Bamberger parla de la dilatation du cœur dans la diphtérie. Mais il ne donne pas d'obervations. Mosler, Rosenbach, Oestreich, Veronese, Frantzel, Leyden, relatent des cas de dilatation aiguë au cours de la diphtérie, ou pendant la convalescence, dont quelques-uns ont été mortels.

Quant aux symptômes cliniques, ils ont été le mieux étudiés par Unruh.

Selon lui, le cœur se dilate toujours à droite. Pourtant, d'autres observateurs ont aussi trouvé une dilatation du ventricule gauche. Dans un cas, notamment, il y avait un anévrisme de la pointe de ce ventricule (Mosler).

Il ne faut pas trop se fier aux résultats de la percussion. Mieux vaut noter l'endroit ou bat la pointe, par l'inspection et par la palpation. Au lieu du choc qui se produit bien distinctement, sur un endroit limité, il y a une série d'ondulations successives sur une étendue de plusieurs travers de doigts, jusque près du sternum, ce qui signifie aussi bien une faiblesse de contraction qu'une dilatation. Souvent il y a un souffle systolique à la pointe, signe d'insuffisance fonctionnelle. Unruh a noté que le premier bruit devient faible, de sorte que les deux bruits arrivent à être égaux.

Si la dilatation se développe rapidement, le pouls peut devenir très lent, mais plus souvent, il s'accélère — jusqu'à 180-190. En même temps, il devient petit et irrégulier. Comme signe de l'augmentation du travail du cœur, il faut signaler le rythme du galop, considéré par Leyden comme caractéristique de la dilatation.

Selon Unruh, la dilatation se développe à partir du septième jour, en même temps que les signes locaux commencent à disparaître, d'après Romberg, entre le huitième et le quatorzième jour. Elle peut récidiver.

Veronese a trouvé le cœur hypertrophié dans deux cas de cardiopathie post-diphtérique, dont il a pu faire l'autopsie. Il met l'hypertrophie sur le compte de la dilatation.

Les symptômes généraux diffèrent d'après le degré de dilatation. A la suite de la diminution de la pression artérielle, les enfants deviennent pâles, faibles et apathiques. Si la dilatation angmente, on peut observer du collapsus suivi de vomissements et souvent une douleur au cœur. Le collapsus est souvent suivi de mort, qui peut être subite ou plus lente. De 66 cas observés par Veronese, 38 eurent une isssue mortelle, pendant la période d'état du processus local.

Dans 14 % des cas, la dilatation était suivie de « cardiopathie ».

Quant à la cause de la dilatation, elle serait, d'après Romberg, aussi bien une myocardite parenchymateuse qu'interstitielle.

Dans un cas, Leyden ne trouvait rien du tout dans le myocarde.

Ce qui favorise surtout le développement de la dilatation, c'est de se lever trop tôt. Leyden raconte le cas d'une cantatrice qui reprit son travail immédiatement après une diphtérie. Le cœur se dilata et la mort s'en suivit.

Digitized by Google

Unruh attribue la mort subite, après une cardiopathie post-diphtérique, toujours à la myocardite. Veronese croit qu'il faut invoquer une cause nerveuse, sans fournir de preuves.

La tachycardie paroxystique post-diphtérique est possible aussi bien que la tachycardie post-typhique. — La fréquence du pouls peut monter jusqu'à 227. Lœvit croit qu'il s'agit de névrite de pneumo-gastrique. Henschen observa un cas, où le pouls montait à 152. A l'autopsie, il a trouvé de la dilatation et de la myocardite.

Dans la *néphrite diphtérique*, le cœur se dilate souvent. Il ne s'hypertrophie pas. Les conditions nécessaires à l'hypertrophie manquent. Par contre, dans la néphrite scarlatineuse, le cœur s'hypertrophie.

Parmi les autres maladies infectieuses aiguës, susceptibles de provoquer une dilation aiguë du cœur, la *grippe* tient une place assez importante. Warfringe a observé deux cas suivis de mort, où l'autopsie confirmait le diagnostic. C'est surtout chez les alcooliques que le danger est grand.

Dans le *choléra*. on verrait des dilatations aiguës du cœur, d'après Eichhorst. Mais Griesinger et Lebert disent le contraire. — Vidal n'en parle pas.

Leyden a observé la dilatation dans la *rougeole*.

Eichhorst dit que la dilatation existe dans la *variole*. Elle a été observée et décrite avec détails par Desnos et Huchard.

La dilatation a été observée, nombre de fois, dans l'*érysipèle*, par Letulle, Sevestre, Jaccoud, Laugier.

Steffen a observé un cas de dilatation du cœur dans l'*ostéomyélite*.

Deux observations de l'auteur prouvent qu'elle peut exister dans le *scorbut*.

Pneumonie croupeuse. — La dilatation aiguë du cœur a été signalée dans cette affection par Piorry, Grisolle, Friedreich, Jurgensen, Eichhorst; mais ils n'ont mis aucune précision dans leur description.

On peut dire que ces auteurs n'ont pas observé de dilatation aiguë des ventricules dans la pneumonie, car la distension du ventricule droit dont ils parlent, est plutôt le fait de l'accumulation du sang dans sa cavité.

Quant à l'opinion de Jurgensen, que la dilatation du cœur serait une pure illusion créée par la rétraction du poumon, elle est prouvée inexacte par les observations, dans lesquelles c'était le poumon droit qui était malade et le poumon gauche plutôt distendu que rétracté.

Parmi les 63 cas de pneumonie lobaire franche que Henschen a pu observer, il a trouvé une dilatation du ventricule *gauche* huit fois, dont deux terminés par la mort. Il a exclu tous les cas de bronchopneumonie, de pneumonie hypostatique, de cas compliqués de maladie de cœur antérieure, de néphrite, de processus purulents, ainsi que tous les cas observés chez des personnes âgées de plus de 55 ans; en somme, dans tous les cas où l'on pouvait soupçonner la possibilité d'une dilatation préexistante.

La dilatation eut lieu ou plutôt fut observée: Dans 3 cas, le 3e jour; dans 2 cas, le 4e jour; dans 2 cas, le 5e jour; dans 1 cas, le 6e jour.

Le cœur se rétractait dans 6 cas; le jour où il se rétractait variait du 5e au 17e.

Les caractères du pouls pendant la dilatation variaient dans les différents cas.

Dans la plupart des cas, le pouls augmentait de fréquence, malgré un abaissement de la température. Dans un cas, où la température était élevée, 40-40°5, le pouls n'était qu'à 98 le 3e jour. Ce jour, le cœur se dilata et le pouls diminua à 82. Quand la dilatation était à son maximum, ce qui coïncidait avec la crise, la fréquence n'était que de 40-48. Quand le malade quittait l'hôpital, le cœur était encore tellement sensible, que la fréquence variait de 48 à 90 par le seul fait que le malade se mettait debout.

Dans un cas, il a trouvé un rythme de galop pendant la période d'état de la pneumonie. Ensuite, le pouls devenait très irrégulier, incomptable (environ 144). Le pouls était encore très irrégulier après plusieurs mois.

Le ralentissement du pouls pendant la dilatation est d'un pronostic bien meilleur que l'accélération, surtout quand celle-ci est très forte.

Si le pouls est très fréquent, il est dicrote; s'il est lent, il est grand et fort.

En résumé, on peut dire que la dilatation du ventricule gauche est fréquente dans la pneumonie aiguë, surtout si elle est compliquée de processus purulents ou septiques. Si l'on considère, d'une part, que la dilatation est le plus souvent suivie de tachycardie, d'arythmie; et d'autre part, que la mort est précédée d'un pouls très fréquent et, irrégulier, on ne peut s'empêcher de donner une importance pronostique à la dilatation.

Quant à la cause première de la dilatation, on ne la connaît pas très bien. Mais on peut supposer qu'elle est due à une dégénérescence parenchymateuse du myocarde. La myocardite interstitielle joue peut-être aussi un rôle.

L'alcoolisme joue un grand rôle dans l'étiologie. — Kr.

Consultation Thérapeutique

Comment on doit traiter une orchite ourlienne

Les oreillons sont une des maladies infectieuses des plus bénignes, à peine une maladie pourrait-on dire, mais encore faut-il ne pas ignorer que si la manifestation parotidienne de l'infection n'offre d'autres inconvénients qu'une douleur parfois assez vive et une déformation plus ou moins grotesque du facies, il n'en est pas de même de certaines autres localisations ourliennes considérées à tort comme des complications.

Il faut donc bien se garder en présence d'un cas d'oreillons de rassurer de façon trop absolue le patient ou la famille, celle-ci en général a tendance à regarder les oreillons comme quantité négligeable et indigne de l'appel médical; d'abord parce que si les oreillons les plus bénins sont, d'après les

Digitized by Google

cliniciens, les plus souvent sujets aux complications, c'est parce que purement et simplement, on les considère si légers qu'on néglige de les traiter.

En second lieu, si vous avez paru certains de la guérison et de sa rapidité, si vous n'avez fait que de banales recommandations, si vous avez abandonné à la direction du malade ou de la famille les menus soins à donner : garder un peu la chambre, diète légère, etc., votre optimisme sera qualifié de négligence ; s'il survient un symptôme un peu grave, un peu inquiétant jamais vous n'empêcherez un patient de croire que si vous aviez pris des précautions, l'orchite aurait pu être évitée et peut-être, pour une fois, le malade n'aura pas complètement tort, car après beaucoup d'autres, nous avons pu constater l'influence du repos absolu et prolongé pour diminuer le nombre et même la gravité des orchites, qui, on le sait, peuvent ne paraître qu'au vingtième et même au soixantième jour de la maladie.

Donc puisqu'il s'agit de l'orchite ourlienne et que prophylaxie vaut encore mieux que traitement, en présence d'un cas d'oreillons (surtout chez l'adulte) si mince, si fruste, si léger qu'il soit, n'attendez pas la douleur testiculaire pour recommander le repos non pas seulement à la chambre, mais au lit, faites coucher votre malade dès le début. Si l'orchite survient, vous n'aurez du moins rien à vous reprocher et si l'on ne vous a pas écouté vous pourrez tabler sur la désobéissance pour expliquer la pathogénie du gonflement testiculaire.

Chez l'enfant surtout, on a continué de négliger ces simples précautions, sous le prétexte que l'orchite est plus rare que chez l'adulte ; le fait est vrai, mais nous connaissons, pour notre part, deux cas d'orchite infantile double suivies d'atrophie et de stérilité. Précisément parce que ces cas sont exceptionnels, vous serez accusé de négligence s'ils se produisent et que vous n'ayez pas pris de précautions ; et l'on vous citera les enfants X, Y, Z, qui, grâce à des soins plus assidus, ont évité l'orchite et ses conséquences.

Y a-t-il, outre le repos, quelque agent médicamenteux pouvant prévenir l'orchite ?

Nous ne le pensons pas et nous dirons pour résumer la question que tous les remèdes qui ont été proposés pour guérir ou abréger la durée de l'orchite, ont été également employés au point de vue prophylactique : anémone pulsatile, iaborandi, pilocarpine, etc. Nous ne parlons pas du vésicatoire qu'Hamilton appliquait sur les parotides pour arrêter la métastase. M. Martin croit pouvoir éviter l'orchite par les lavages antiseptiques buccaux.

Nous sommes partisan déclaré de l'antisepsie buccale dans toutes les maladies infectieuses, mais nous n'avons pas cru remarquer que les orchites aient été plus rares, quand nos malades se sont gargarisés et pourtant lors d'une assez importante épidémie que nous avons observée, systématiquement nous prescrivions des gargarismes antiseptiques à tous les ourliens.

Donc tout en prescrivant fermement cette sage mesure, nous n'oserions compter sur ses résultats prophylactiques au point de vue de l'orchite, il n'en est pas de même pour les manifestations auriculaires.

Mais malgré toutes les précautions, repos, lavages buccaux, etc. survient l'orchite, quelle sera alors la conduite à tenir ? Nous avons vu parfois guérir des orchites blennorrhagiques par la compression malgré les marches, les exercices (traitement Ducastel) mais nous n'avons jamais vu que s'aggraver subjectivement et objectivement l'orchite ourlienne traitée hors du lit.

Maintenant plus que jamais persiste l'indication du repos absolu, dans le décubitus horizontal, qu'il s'agisse d'orchite fruste ou nette. D'ailleurs ici, l'accord est complet parmi les médecins et tous recommandent le lit, dès qu'apparaît la moindre douleur testiculaire.

La suspension ouatée ou cataplasmée soulage toujours le malade dans cette affection où la douleur est parfois d'une intensité si exquise qu'elle provoque des symptômes d'une gravité exceptionnelle. Contre cette douleur nous pensons que des applications de salicylate de méthyle auraient peut-être un résultat analgésique plus efficace encore que le cataplasme avec ou sans pommade belladonée.

Déjà du reste ce médicament a été employé dans ce but et aussi dans celui de calmer les douleurs des parotides.

Ne sait-on point d'ailleurs qu'en dehors même de la douleur, on a vu des orchites ourliennes avant même que l'algie ne fût signalée par le malade, s'annoncer par des frissons, de la céphalée, une hyperthermie considérable, du délire ou du coma, etc ; si bien que le diagnostic de fièvre typhoïde se présente à l'esprit et qu'on s'enliserait en ce diagnostic erroné si, levant la couverture, on ne constatait la tuméfaction testiculaire. Ces symptômes à grand fracas précédant parfois une orchite bénigne ne doivent pas non plus être négligés et si, trop récemment, le malade n'a pas été purgé, on pourra donner un purgatif salin. Sans s'effrayer par trop de l'hyperthermie, on fera ingérer le bichlorhydrate de quinine ou de préférence l'antipyrine qui aura le double effet d'abaisser la température et de calmer la douleur.

Ces phénomènes ont d'ordinaire une durée assez courte et jamais nous n'avons eu l'occasion d'employer les bains froids que Comby a conseillés dans des cas tout au moins exceptionnels.

En résumé donc, rien de spécial et le traitement sera purement symptomatique c'est-à-dire un peu banal : excitants dans les cas de prostration, calmants s'il y a délire, agitation, etc.

Sans présenter ces symptômes intenses, toujours ou presque toujours, la fièvre annonce le début de l'orchite, parfois même elle la précède, c'est pourquoi il faut malgré l'apyrexie continuer à prendre la température des ourliens et dès qu'elle s'élève, examiner les testicules,

Digitized by Google

qui donneront le plus souvent l'explication de l'hyperthermie.

Ici encore l'antipyrine ou le quinine seront indiqués.

Enfin l'orchite a évolué, les douleurs et la tuméfaction ont disparu, le rôle du médecin n'est pas fini, et c'est la convalescence qui, pourrait-on dire, est le moment le plus critique de la maladie. C'est qu'en effet, approche le moment solennel ou le testicule va ou revenir à son état normal ou s'atrophier.

De règle, c'est par un ramollissement du parenchyme que débute l'atrophie, puis le testicule diminue peu à peu de volume. Encore à ce moment, tout espoir n'est pas perdu, car on a vu des cas où malgré ces symptômes inquiétants, d'ordinaire prémonitoires de la perte de la glande, malgré même un certain affaiblissement de la puissance génitale, il y a eu *restitutio ad integrum* et oubli complet des transes provoquées par la menace d'une atrophie testiculaire.

Il y a donc, en ces cas perplexes, double indication à traiter les malades immédiatement et, nous ne craignons pas de nous répéter, à prolonger le repos au delà des limites habituelles.

Le traitement de l'atrophie est loin d'être toujours efficace, mais doit toujours être tenté puisqu'il a, quoique rarement, pu réussir.

C'est la thérapeutique stimulante qui tient ici le premier rang, soit, tous les stimulants ordinaires : liniment térébenthiné simple ou composé, le classique Baume de Fioraventi, les sinapismes ou même les vésicatoires, qu'on ne devra laisser que peu de temps, assez pour provoquer la rubéfaction, mais non la vésication; on n'oubliera pas de camphrer fortement ce topique qui conserve une certaine valeur comme révulsif.

On a également préconisé dans ces cas le chlorhydrate d'ammoniaque, la cautérisation ponctuée.

On a aussi employé comme moyen local, l'électricité, mais tous les auteurs qui ont recommandé cet agent, conseillent une grande prudence, c'est-à-dire séances courtes, espacées et faradisation peu intense; un excès de zèle pourrait provoquer une de ces névralgies du testicule, affection rebelle et douloureuse que Duchenne a signalée le premier, je crois.

Peut être pourrait-on essayer les courants continus, qui, au point de vue trophique, ont peut-être une plus grande valeur. Nous ne sachions pas que l'électricité statique ait été utilisée ; la guérison de certaines lésions trophiques par le bain électrique pourrait justifier des tentatives de ce genre.

Au point de vue du traitement général, on a recommandé tous les toniques ; ils ont ici la supériorité d'agir de façon favorable sur un organisme toujours plus ou moins débilité par une maladie infectieuse, laissant souvent après elle une faiblesse disproportionnée avec les symptômes antérieurs. C'est dans ce sens qu'on a prescrit les bains sulfureux, l'hydrothérapie locale et générale, la poudre de viande, l'huile de foie de morue, le quinquina, le fer.

On voit que nous sommes loin d'être désarmés contre l'orchite ourlienne et sa redoutable conséquence, l'atrophie ; néanmoins si nos armes sont nombreuses, elles sont loin d'avoir donné de patentes preuves de leur efficacité ; c'est une raison de plus pour justifier de nouvelles tentatives : courants continus, bains électriques. — K. V.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Emploi du bromure et de l'iodure de strontium. — M. Lockhart-Gillespie a employé dernièrement avec succès ces sels dans le traitement de la maladie de Basedow chez les enfants. Les symptômes morbides cèdent rapidement à cette médication sans que jamais on ait à constater des signes d'iodisme ou de bromisme. De plus, le bromure et l'iodure de strontium ne paraissent devoir causer les mêmes inconvénients sur le cœur et l'estomac que les sels correspondants de potassium. On peut les prescrire de la façon suivante :

Bromure de strontium.....	6 grammes
Iodure —	12 —
Eau distillée de menthe.....	20 —
Sirop de menthe.....	20 —
Eau distillée.....	40 —

Trois fois par jour une cuillerée à café.

(Klinisch. Therap. Wochen., 1899.)

Solution de gaïacol phosphatée :

Gaïacol cristallisé	6 gr. 50
Glycérine à 30°.....	66 grammes
Phosphate bicalc. pur.....	33 gr. 35
Acide chlorhydrique environ...	21 grammes
Eau distillée Q. S. pour obtenir	100 centim. cubes.

Une cuillerée à bouche (15 grammes) renferme 0 gr. 10 de gaïacol.

Indications : Catarrhes, bronchites, tuberculose.

Doses et mode d'emploi : Une cuillerée à soupe avant chaque repas. *(Bull. Pharm. de Lyon.)*

Bleu de méthylène dans l'uréthrite blennorrhagique. — O. Horwitz a obtenu des résultats très favorables en soumettant l'uréthrite blennorrhagique au traitement par le bleu de méthylène formulé comme suit :

Bleu de méthylène.....	0 gr. 06 à 0 gr. 12
Huile de bois de santal..... }	ãã 0 — 8
Oléorisine de copahu..... }	
Huile de cinnamone	1 goutte.

Pour une capsule. En faire XX semblables. A prendre 3 capsules par jour. *(Nouv. Rem.)*

Solution antigoutteuse :

Benzoate de lithine.....	12 grammes
Carbonate de lithine.....	12 —
Sirop de limons	50 —
Eau gazeuse Q. S. pour faire 1 litre.	

Une cuillerée renferme 0 gr. 50 de sels de lithine. — 1 à 2 cuillerées par jour. — A. G.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Emploi de l'orthoforme

L'orthoforme est un produit dont on a beaucoup parlé dans ces derniers temps et qui nous vient d'Allemagne.

C'est un éther méthylique, de l'acide para-amido-métaoxy-benzoïque. Il constitue une poudre blanche, légère, cristalline, insipide, inodore, soluble dans la glycérine, fort peu dans l'eau, assez facilement soluble dans les acides mais ayant alors des propriétés irritantes.

On en a lancé plusieurs variétés dans le commerce, la dernière parue est la nirvanine dont l'appellation semble la plus remarquable qualité, comme le dit M. le Pr Pouchet, auquel nous empruntons ce qui suit :

L'orthoforme, tel qu'il a été importé, au début, d'Allemagne en France, semble être une substance de toxicité très faible et jouissant de propriétés analgésiques intenses. Il faut noter toutefois qu'il exerce une action légèrement irritante sur les tissus délicats.

Dans un certain nombre de cas, l'orthoforme est susceptible de rendre de réels services. C'est ainsi que par exemple dans les brûlures au deuxième et troisième degré, il donne d'excellents résultats. C'est le vrai topique des plaies douloureuses, non seulement du tégument externe mais encore des muqueuses superficielles ou profondes. Il peut être aussi très utile quand on veut faire le traitement de l'épithélioma par une solution d'acide arsénieux. A ce point de vue, on peut faire usage de la solution suivante :

Acide arsénieux	aâ 1 gr.
Orthoforme	
Alcool à 25	âà de 40 à 75 gr.
Eau distillée.....	

La présence de l'orthoforme dans ce mélange permet d'atténuer la douleur persistante et intense que donne la cautérisation à l'acide arsénieux quand on la pratique avec la seule solution hydro-alcoolique.

On a également proposé l'emploi de l'orthoforme pour lutter contre la douleur que causent toujours les injections intra-dermiques de composés mercuriels.

Mais, si l'orthoforme présente certains avantages dans certaines circonstances, il en est d'autres dans lesquels l'orthoforme a donné lieu sinon à des accidents du moins à des résultats qui ne sont pas du tout recommandables.

Ainsi on a vanté l'orthoforme dans le pansement des crevasses du sein, Si l'on panse ainsi les crevasses du sein chez les nourrices, on constate que les enfants perdent du poids parce qu'ils ne s'alimentent pas.

Plusieurs hypothèses ont été faites pour expliquer ce fait, qui n'en reste pas moins établi.

Toutes les fois que l'orthoforme pourra se trouver en contact prolongé pendant plusieurs jours avec la muqueuse gastro-intestinale, il doit être absolument rejeté, probablement en raison de ce qu'il détermine un abaissement notable de la valeur digestive des sucs, ou de ce qu'il entrave les mutations des substances alimentaires.

De plus l'orthoforme est un réducteur, donc quand on se trouvera en présence d'une substance médicamenteuse capable d'éprouver une action réductrice, on ne devra pas l'employer. Sinon on pourrait s'exposer à des accidents. Si par exemple on analgésiait avec de l'orthoforme la muqueuse vésicale d'un individu atteint de cystite pour faire ensuite des injections de nitrate d'argent on produirait dans la vessie de cet individu une mise en liberté d'acide nitrique et la précipitation sur les parois de la muqueuse de poudre d'argent métallique. D'après ces propriétés, l'orthoforme semble devoir se faire une place en thérapeutique, mais il faut en faire un emploi judicieux. — A. G.

MÉDECINE

Ictère au cours d'une infection grippale à forme pulmonaire. — Les déterminations hépatiques de la grippe ne sont pas des raretés, puisque Stoll nous rapporte que l'épidémie de grippe de 1775, à Vienne, fut remarquable par la prédominance des phénomènes bilieux avec vomissements, anorexie, diarrhée, teinte ictérique de la conjonctive et de la peau.

Ces phénomènes bilieux se sont montrés principalement au cours de grippes à forme gastro-intestinale : l'anorexie, les vomissements, la diarrhée montrant bien l'atteinte du tube digestif.

M. le Dr Dufour (de la Rochelle) vient de rapporter un fait d'un ictère survenant au cours d'une infection grippale à détermination pulmonaire, sans participation apparente du tube gastro-intestinal au processus infectieux. *(Bull. de la Société de méd. de La Rochelle 1899).*

« La malade dont il s'agit est une femme de 65 ans, sans antécédents pathologiques notables, que je vis pour la première fois au 10e jour environ d'une grippe épidémique caractérisée chez elle par de la lassitude, de la courbature, des douleurs musculaires, mais surtout par un catarrhe bronchique intense, s'accompagnant de quintes de toux très pénibles et d'une expectoration abondante. La malade accuse en outre de la céphalalgie et de la fièvre, surtout marquée le soir et au début de la nuit.

« Malgré cet état pénible et malgré les sollicitations de son entourage, la malade persiste à vouloir se traiter sans l'aide d'un médecin. Quand je suis appelé brusquement auprès d'elle, le 11 mars, elle vient d'avoir une défaillance : je la trouve pâle, dans un état syncopal qui a effrayé les personnes qui l'entouraient.

Digitized by Google

« Elle n'a pas complètement perdu connaissance; je la fais étendre, je pratique sur-le-champ une injection de caféine, et rapidement elle reprend quelques forces.

« Le pouls offre des intermittences, la tension sanguine paraît un peu faible, les artères ne sont pas scléreuses. Les battements du cœur sont irréguliers comme le pouls ; je ne perçois aucun signe de lésion orificielle.

« La poitrine est encombrée de râles ronflants et sibilants également répartis dans toute la hauteur des deux poumons, suffisamment intenses pour être entendus à distance. Pas de râles de stase sanguine aux bases.

« Les membres inférieurs sont le siège d'un léger œdème bilatéral.

« Le foie me paraît normal ; il n'est pas douloureux.

« Les urines sont rares, leur coloration n'offre aucune particularité ; j'en réclame pour y rechercher l'albumine.

« Je prescris le repos au lit, un purgatif salin immédiat, la diète lactée, des sinapismes sur la poitrine. Je pratiquerai une seconde injection de caféine dans la journée.

« Le lendemain, 12 mars, je trouve la malade reposée ; elle se plaint de sa toux un peu pénible et du manque de forces. L'œdème des membres inférieurs a complètement disparu. A l'auscultation, je ne trouve aucun changement dans l'état du cœur et des poumons. Les urines sont albumineuses, peu abondantes ; je prescris la théobromine. La malade a eu une selle ; je ne relève chez elle aucun trouble digestif.

« *Le 14 mars*, les conjonctives ont une teinte subictérique. *On me montre* en même temps une urine où je constate la présence, confirmée plus tard par la réaction de Gmelin, de pigments biliaires, et une selle mastic, absolument décolorée. Je suis donc en présence d'une obstruction complète des canaux excréteurs de la bile, que rien n'avait fait prévoir.

« La malade a déjà eu, il y a 4 ans, un accident semblable, avec teinte ictérique prononcée des téguments, fièvre légère, sans la moindre douleur hépatique ; le tout ayant duré environ 8 jours et ayant cédé facilement, à l'absorption d'un purgatif.

« En l'absence de toute trace de douleur passée ou actuelle, je me crois autorisé à rejeter l'hypothèse d'une obstruction calculeuse, et je le fais d'autant plus volontiers que la malade est actuellement en proie à un état infectieux que je crois très capable d'une localisation sur les canaux biliaires, et c'est avec le diagnostic d'ictère infectieux grippal que je quitte ma malade.

« Après 3 jours, pendant lesquels je me contentai de faire suivre à ma malade un régime approprié, réservant pour plus tard le purgatif libérateur, spontanément les voies biliaires redevinrent perméables ; les urines toujours albumineuses se décolorèrent, tandis que les selles reprirent la couleur jaune d'or caractéristique chez les personnes soumises au régime lacté ; les conjonctives ne tardèrent pas à perdre leur teinte subictérique, en même temps que l'état général s'améliorait, y compris le catarrhe bronchique ; les intermittences cardiaques seules ne s'étaient pas modifiées depuis le 1er juin. Bref, le 18 mars, je quittai ma malade, la croyant en voie de guérison, préoccupé seulement de son cœur et de ses reins à travers lesquels filtrait toujours l'albumine, quand deux jours après, le 20 mars, elle fit brusquement une hémorrhagie cérébrale qui détermina chez elle une hémiplégie droite complète avec aphasie, bientôt suivie de coma et de la mort au quatrième jour.

« Sans doute, l'infection était générale dès le début ; elle le fut jusqu'au bout, témoin la détermination cérébrale qui emporta la malade ; néanmoins, si j'ai rapporté cette observation, c'est qu'il m'a paru intéressant de voir l'agent infectieux envahir les voies biliaires sans marquer son passage à travers le tube gastro-intestinal, que cet agent soit le spécifique de la grippe ou un agent secondaire ayant pu se développer grâce à une moindre résistance. »

Néphrite hémorragique au cours d'une infection générale. — Peter F. Holst a relaté *(Norsk. Magazin for Laegevidenskaben*, Juli 1899) trois cas de cette néphrite hémorragique, l'une qui a duré huit mois et était l'expression d'une streptococcie latente. Il n'y eut de la fièvre que pendant les dernières semaines.

Le second cas évolua également dans l'apyrexie et on constata de l'endocardite. Pendant la vie, on trouva des staphylocoques dans le sang, et ces staphylocoques furent retrouvés à l'autopsie dans les végétations valvulaires de la mitrale.

Le troisième cas était dû également au staphylocoque blanc. Se basant sur ces trois cas, Peter F. Holst établit que l'infection générale emprunte fréquemment, cliniquement parlant, le masque de la néphrite hémorragique aiguë.

La néphrite hémorragique est, dit-il, bien plus fréquemment qu'on ne l'admet jusqu'ici en pratique, l'expression d'une infection du sang, ou, si l'on veut, d'une pyémie latente ou d'une septopyémie. Les exacerbations hémorragiques passagères que l'on constate si souvent au cours d'une néphrite chronique, sont peut-être dues aussi, dans pas mal de cas, à une infection temporaire du sang, (septo-pyémie) Peut-être les choses se passent elles ici, comme on le voit parfois dans les affections valvulaires, qui peuvent, coup sur coup, présenter les symptômes d'une recrudescence d'endocardite. On peut donc parler de néphrite hémorragique récurrente, tout comme on parle d'endocardite récurrente. — S. R.

La diazo-réaction dans l'érysipèle. — Déjà, à deux reprises, nous avons parlé, dans ce journal, de la diazo-réaction d'Ehrlich (Voir *Journal des Praticiens*, 1897) et nous avons indiqué en quoi consistait cette réaction chimique. Rivier *(Th. Paris*, 1898) qui l'a surtout étudiée dans la fièvre typhoïde, n'en parle pas dans l'érysipèle, mais Michaelis a signalé la possibilité de son appari-

Digitized by Google

tion dans cette dernière affection, dans la pneumonie, la diphtérie. Pour lui, elle offre un pronostic grave. Le Dr Coste (*Th. Paris*, 1899) l'a surtout étudiée dans l'érysipèle. D'après les observations qu'il a pu recueillir dans le service de M. Chantemesse, il est arrivé aux conclusions suivantes : « La diazo-réaction se montre dans l'érysipèle dans les deux tiers des cas. Elle est constante dans les cas graves, et de moyenne intensité ; elle est exceptionnelle, presque toujours absente dans les cas bénins Son absence comporte une bénignité de pronostic, telle qu'il est courant de voir évoluer plus brièvement que normalement les cas d'érysipèle où on ne la rencontre pas. Lorsque, au cours d'un érysipèle grave, la diazo-réaction d'Ehrlich plusieurs jours intense, s'atténue brusquement, sans amélioration de l'état général, une issue fatale est à redouter. En raison de la régularité et de l'intensité avec laquelle elle se montre dans les cas d'érysipèles traités par les bains froids, elle nous permet d'apprécier combien cette médication est précieuse pour l'élimination des toxines. Sa valeur pronostique est considérable au cours des érysipèles graves et sa recherche systématique donne un élément d'appréciation plus sensible que les signes cliniques. — M. D.

Les fermentations intestinales. — La physiologie nous enseigne que les fermentations intestinales font partie des phénomènes de digestion normale, en particulier chez les herbivores. La pathologie nous montre que les anomalies de ces fermentations engendrent de nombreuses maladies par la production de poisons de toute espèce. Mais quand on veut pousser la question à fond et connaître les ferments toxiques, pour les différencier des ferments utiles ou inoffensifs, on trouve une vaste lacune dans nos connaissances : les phénomènes chimiques sont trop complexes dans l'intestin pour avoir permis jusqu'ici de les tirer au clair. Schmidt a pensé pouvoir aborder le problème par l'observation des phénomènes de fermentation se produisant hors de l'intestin dans les matières fécales fraîchement expulsées. (*Congrès allemand de Wiesbaden 1898* et *Archiv. f. Klin. Med.*). La putréfaction de l'albumine peut être appréciée approximativement d'après la quantité des éthers sulfo-conjugués et de l'indican dans les urines ; étant donnée la connaissance des aliments ingérés, les fermentations fécales devaient permettre de conclure à celles que subissaient les hydrates de carbone et la cellulose dans l'intestin même. En effet on peut distinguer deux variétés de fermentations dans les matières : l'une est précoce et se fait pendant les premières 24 heures au détriment des hydrates de carbone et surtout de l'amidon ; elle aboutit à la formation d'acides et d'acide carbonique en très grande quantité. L'autre est tardive, ne survient qu'au bout de deux ou trois jours et produit des hydrocarbures, de l'hydrogène, des substances de putréfation, très peu d'acide carbonique, peu d'acide. Si les fermentations intestinales sont très actives, la fermentation précoce des fèces est peu accentuée. Mais malgré cette règle, il y a tant d'éléments variables dans le problème que les cherches entreprises par M. Callomon (*Jahrbuch f. Kind heilkunde*, vol. L, 3 août 1899) sur ces bases, ont don des résultats tout à fait inconstants. Pourtant il ne s'ag sait que de bébés nourris de lait et de farine. Mais il fa drait avant tout pouvoir partir d'une unité connue stable, comme le repas d'épreuve d'Ewald la représe pour l'étude du chimisme gastrique. Or, Seymo Basch de la clinique du Pr Senator a essayé d'étab un étalon de ce genre (*Zeitschrift f. Klin. Med.*) Vo le régime, auquel il soumet le malade : il commen par un cachet de 0 gr. 30 de carmin, qui sert à délimi le contenu intestinal apte à être examiné ; puis, il don 1,560 gr. de lait, 4 œufs, 3 petits gâteaux (zwieback), de assiettes de potages préparées l'une avec 40 gr. de fari d'avoine et 10 gr. de sucre, l'autre, avec 25 gr. de fari de blé et 10 gr. de sucre, enfin, une tasse de bouillon. M ce régime a l'inconvénient de constiper les malades et rendre ainsi toute recherche impossible. D'autres suj ont trop faim et ne veulent pas s'y soumettre ; d'autr enfin, refusent le lait ou un autre des aliments. Même, ch ceux qui font preuve de bonne volonté, les résultats so instables ; ils ne varient pas seulement d'une recherch l'autre, dans la même maladie, mais différentes portio d'une même évacuation alvine donnent des fermentatio inégales.

Le procédé ne peut donc pas encore prétendre à u valeur clinique quelconque. — Bp.

La viande rouge et la viande blanche. — De chimistes de Francfort, Offer et Rosenquist, ont soum des viandes rouges et des viandes blanches à l'analyse c mique comparative, en portant leur attention en partic lier sur les substances extractives azotées ; ils ont trou des chiffres sensiblement égaux. Ils veulent en conclu que le régime des viandes blanches imposé aux goutte aux brightiques, aux artérioscléreux ne repose que sur « préjugé sans fondement ». Le professeur Senator prote contre cette opinion (*Berl. Klin. Wochenschrift*), d'ab au nom de la clinique ; nous n'insisterons pas : tous praticiens connaissent l'importance du régime blanc ont vu les conséquences fâcheuses, parfois néfastes qui sultent de l'insubordination des malades. Au point de chimique Senator fait ressortir que les auteurs ont oub les substances extractives non azotées également conten dans la viande, et non dépourvues d'influence ; ensuite viande crue soumise à l'analyse n'est pas identique a la viande que nous mangeons cuite soit grillée, rotie braisée ; la cuisson modifie précisément sa teneur en su tances extractives. Du reste en dosant l'azote total du bœ du jambon, du gibier on trouve des chiffres supérieur ceux de l'azote contenu dans le veau, le mouton, le poiss Or, plus il y a d'azote ingéré, plus il y aura d'acide uri et d'alloxane dans les urines, ce qui n'est pas du tout différent pour les sujets atteints de méiopragie rénale. —

Digitized by Google

Recherches sur les échanges nutritifs dans un cas de diabète sucré. — M. Schiœdhe (de Copenhague) rapporte (*Hospitalshdende*, n° 39, 1897) l'observation d'un jeune homme de 16 ans, atteint de diabète sucré, démontrant :

1° L'importance de la diminution des matières albuminoïdes dans la nourriture des diabétiques;

2° L'importance d'un jour de jeûne dans le cours du traitement du diabète;

3° Que les échanges azotés ne sont pas changés, mais normaux.

4° Que les graisses sont bien résorbées par l'intestin.

Dans l'histoire de ce jeune diabétique, on ne trouve rien pour expliquer son diabète, ni dans ses antécédents personnels.

Mais, on devait considérer le pronostic comme relativement grave, à cause du jeune âge du sujet. La quantité de sucre éliminé par l'urine s'élevait certains jours au-dessus de 500 gr. au début du traitement.

Celui-ci fut exclusivement diététique. Au début, on donnait d'assez grandes quantités d'albumine, peu de graisses, très peu d'hydrates de carbone (380 gr. de viande, 4 œufs, 124 gr. de pain de gluten, 90 gr. de beurre).

Sous l'influence de ce régime, le sucre diminuait bien, mais se maintenait pourtant à un taux assez élevé (dans les environs de 100 gr. par jour). Alors on diminue peu à peu les aliments contenant beaucoup de matières albuminoïdes et on augmente, au contraire, ceux qui contiennent beaucoup de graisse. Ainsi, on arrivait à donner jusqu'à 380 gr. de beurre par jour. Sous l'influence de ce changement dans le régime, le sucre diminue beaucoup, mais se maintient dans les environs de 10 gr. par jour. C'est alors qu'on supprime, pour un jour seulement, toute viande ainsi que les œufs dans l'alimentation. L'importance d'un jour de jeûne dans le traitement du diabète a été mise en évidence par Cantani et Weintranel, mais M. Schiœdte ne supprima que la viande et les œufs, en laissant les graisses et les petites quantités d'hydrates de carbone. C'était la première fois qu'on avait essayé cette modification. Le lendemain, reprise du même régime qu'avant le jour du jeûne. L'influence de ce jour de carême est toute-puissante, puisque le sucre disparaît définitivement. Le lendemain, il n'y avait que des traces de sucre et le surlendemain rien.

Toutefois, si la glucosurie était guérie, le diabète ne l'était pas, 15 jours plus tard, quand on essaya de donner une quantité notable de pain blanc, le sucre reparut. On remplace alors le pain blanc par du pain de gluten et le sucre disparut à nouveau. Ce fait est important à retenir pour l'interprétation des résultats des recherches sur les échanges azotés qui avaient été entreprises pendant cette période. Ces recherches avaient démontré que le malade ne brûlait pas les substances albuminoïdes ni plus ni moins vite que l'organisme normal. Le quotient azotique était toujours positif et le nombre de calories des aliments qui suffisaient pour faire augmenter le poids du malade dans s données normales était le même que chez l'homme sain.

Les analyses des matières fécales au point de vue de leur tenue en graisses montraient que celles-ci étaient bien résorbées par l'intestin, puisque les fèces ne contenaient, en moyenne, que 3 à 5 gr. de matières grasses par jour. — Kr.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'occlusion intestinale par calcul biliaire. — Cette complication de la lithiase biliaire n'est pas d'une excessive rareté et l'on possède actuellement un assez grand nombre d'observations qui permettent d'en donner les principaux caractères. Nous citerons parmi les auteurs qui ont traité ce sujet : Mossé, Béraud, Dagron, Kirmisson et Rochard, Galliard, Garin.

L'étiologie présente deux traits particuliers ; cet accident s'observe surtout chez la femme, dans la proportion de 3 sur 4 ; de plus il est très rare dans la jeunesse et l'âge moyen, mais devient plus fréquent après cinquante ans.

Le calcul généralement unique présente une forme des plus variables, mais il est le plus souvent volumineux ; sa surface est tantôt lisse, tantôt irrégulière et rugueuse.

L'arrivée du calcul dans l'intestin peut se faire soit par les voies naturelles, soit par une communication anormale. La première voie est très rare ; le plus souvent c'est à la faveur d'une fistule cystico-colique et surtout cystico-duodénale que la migration s'opère. Lorsque le calcul est peu volumineux, il parcourt l'intestin et est expulsé avec les matières, sinon il s'arrête en un point de l'intestin.

L'occlusion est très rare dans le duodénum, surtout dans sa partie supérieure ; le plus souvent l'arrêt a lieu dans l'iléon, dans sa portion terminale surtout, mais l'obstruction peut se produire dans l'S iliaque et même dans le rectum ; de sorte que la valvule de Bauhin franchie, tout danger n'est pas disparu, d'autant plus qu'on a vu après le passage et le rejet du calcul persister les symptômes d'occlusion, les phénomènes paralytiques succédant au spasme. L'arrêt du calcul dans l'intestin peut entraîner le rétrécissement cicatriciel, qui peut être une des causes de l'obstruction ; mais il faut y joindre le spasme.

La symptomatologie n'a d'ailleurs rien de spécial ; les malades n'ont jamais eu de maladies antérieures et l'on ne retrouve pas toujours dans leurs antécédents des accidents lithiasiques pouvant mettre sur la voie du diagnostic.

Les accidents d'occlusion débutent par de la constipation, puis surviennent des nausées, des vomissements alimentaires, puis bilieux. Il y a plutôt obstruction qu'occlusion vraie ; au début, des gaz, parfois même quelques matières sont émises par l'anus.

Ces symptômes peuvent durer six, dix jours, sans altération de l'état général, mais bientôt la douleur devient plus aiguë, se localise, les vomissements augmentent de fréquence, mais ne prennent le caractère fécaloïde que tardivement ; le hoquet est lui-même tardif.

Le ballonnement du ventre est inconstant ; énorme

Digitized by Google

quand l'occlusion siège loin du pylore ; il est peu marqué dans le cas contraire. Il occupe la partie médiane du ventre si l'occlusion siège au niveau de l'intestin grêle, il est localisé aux flancs si elle siège au niveau du gros intestin.

Les symptômes généraux ne tardent pas à s'accentuer, le pouls devient petit, filiforme, la température s'abaisse et l'on ne tarde pas à observer le facies péritonéal. Les urines deviennent rares et le malade tombe bientôt dans le collapsus et meurt.

Tel est le tableau de l'occlusion chronique ; plus rarement, les accidents sont aigus et l'évolution se fait en deux, trois, cinq jours. D'ailleurs, on peut observer la guérison par expulsion spontanée du calcul. Ce qui fait la gravité de cette variété d'occlusion, c'est d'une part l'âge des malades ; d'autre part les difficultés de diagnostic, retardant l'intervention chirurgicale.

En effet, en présence de ces signes d'occlusion on pensera à l'invagination chronique, aux rétrécissements de l'intestin par compression aux rétrécissements cicatriciels. Mais on devra se souvenir que l'invagination s'observe surtout chez l'enfant. Les rétrécissements par tumeurs, par brides, les coudures ne sont pas toujours faciles à reconnaître. Le cancer a presque toujours pour siège l'S iliaque ou le rectum.

Mais quel traitement doit-on opposer à l'occlusion par calcul biliaire, si l'on a pu la diagnostiquer ?

Le traitement médical est peu efficace. Les purgatifs seront proscrits parce qu'ils sont dangereux ; on pourra donner des lavements qui videront le gros intestin. On donnera de l'opium sous ses différentes formes : extrait thébaïque, morphine. Mais un traitement plus énergique et plus radical est nécessaire, c'est l'intervention chirurgicale que l'on ne devra pas trop retarder si l'on veut avoir des chances de succès.

Si l'état général est bon, si le malade peut supporter une intervention longue, si le siège de l'occlusion est douteux, on fera une laparotomie médiane pour explorer méthodiquement l'intestin. Le calcul trouvé, la conduite sera variable suivant les cas ; on pourra tenter de le déplacer afin de le laisser s'expulser par les voies naturelles. mais s'il est immobile, volumineux, adhérent, il vaudra mieux faire une entérotomie longitudinale et l'extraire; s'il y a gangrène ce qui est rare, on devra réséquer l'anse gangrénée et faire une anastomose circulaire.

Mais il faut compter avec la résistance des malades et chez ces vieillards affaiblis on devra souvent se contenter d'une opération palliative, d'un anus iliaque qu'on pourra faire sans anesthésie générale, mais à la cocaïne pour éviter le choc. Sans doute ce n'est qu'une méthode palliative, mais elle a l'avantage d'être moins grave ; on pourra d'ailleurs ultérieurement, après avoir relevé l'état général et placé le malade dans de meilleures conditions, recourir à une seconde intervention qui alors sera plus bénigne. — J. H. M.

OBSTÉTRIQUE

Des ruptures incomplètes de l'utérus pendant l'accouchement. — Il existe des ruptures utérines incomplètes limitées aux tuniques muqueuse et musculaire ; d'après Blasart (*Th. Paris* 99), ces ruptures peuvent être traumatiques ou spontanées.

Les manœuvres obstétricales pendant l'accouchement sont la cause la plus fréquente des ruptures traumatiques. C'est dans la version que se produit le plus souvent la rupture, soit au moment de l'introduction de la main alors que la dilatation n'est pas complète, soit pendant l'extraction du fœtus. Le forceps et le céphalotribe peuvent également rompre l'utérus dans la région cervicale le plus souvent ; de même une délivrance artificielle brutale.

Les ruptures spontanées reconnaissent pour cause déterminante la contraction utérine violente ; surtout dans les cas où l'on a administré intempestivement l'ergot de seigle. Un certain nombre de causes adjuvantes favorisent cette rupture ; telles du côté de la mère, la multiparité, l'âge (entre 30 et 40 ans), le ramollissement des parois, l'amincissement des parois (dans la grossesse gemellaire, dans l'hydramnios), les malformations utérines, les tumeurs pelviennes mettant obstacle à la sortie du fœtus, le rétrécissement du bassin. Du côté du fœtus, le volume exagéré, les vices de conformation, les présentations vicieuses, sont les causes prédisposantes les plus fréquentes.

Leur siège d'élection est le segment inférieur sur la face antérieure ou les bords de l'utérus ; elles se font suivant une ligne droite ou courbe, quelquefois il y a simple perforation. L'étendue est en effet des plus variables ; on voit des ruptures qui intéressent tout le segment inférieur alors que d'autres n'ont que quelques millimètres. Mais, fait remarquable, la rupture ne dépasse presque jamais l'anneau de Bandt et c'est probablement pour cela que la séreuse n'est pas intéressée.

Leur direction est le plus souvent oblique, dans quelques cas elle est transversale ou longitudinale.

On peut en même temps observer des ruptures des organes voisins, vessie, vagin, rectum.

Le tableau clinique diffère peu de celui des ruptures complètes ; au moment d'une contraction, ou lors d'une manœuvre obstétricale, la malade ressent une douleur extrêmement vive qui lui arrache des cris ; elle a la sensation que quelque chose s'est rompu dans son ventre. La douleur est exagérée par la pression. Les contractions s'arrêtent, le ventre se déforme, la présentation disparaît, du sang s'écoule abondamment par la vulve. Mais surtout, l'état général s'altère rapidement, la malade vomit, devient pâle, son pouls est à peine perceptible, la respiration anxieuse. La mort peut survenir en quelques instants, mais tout peut se calmer pour un instant.

D'ailleurs tous les symptômes que nous avons énumérés

Digitized by Google

peuvent être très atténués. La douleur peut se confondre avec les douleurs expulsives; les contractions utérines peuvent persister ou reparaître après un certain temps. L'affaissement du ventre n'est pas non plus constant, il peut être à peine marqué.

L'hémorrhagie est peu abondante lorsque la déchirure est voisine du col, ou bien lorsque les parties fœtales s'engagent et viennent comprimer les vaisseaux rompus. Elle est au contraire très appréciable lorsque le placenta est décollé prématurément et lorsque les contractions utérines cessent.

Tarnier et Jolly insistent sur l'importance de la perception d'une tumeur fluctuante et élastique en un point de la paroi abdominale ou de la paroi antérieure du vagin.

Les symptômes généraux, qui sont ceux de la péritonite et de l'hémorrhagie interne, sont parfois la seule manifestation de la rupture incomplète.

Le toucher renseignera sur la lésion ; le doigt, en effet, arrive à sentir sur l'une des lèvres du col une déchirure qui s'étend des deux côtés ou sur la paroi antérieure jusqu'à une hauteur variable.

Le diagnostic ne sera donc pas toujours facile, surtout lorsque les symptômes sont peu accentués; on tiendra grand compte des symptômes généraux et des signes fournis par le toucher.

Quant à savoir si la rupture est complète ou incomplète *cela est* très difficile; seul le toucher pourra renseigner *sur l'étendue* de la lésion et encore pas dans tous les cas.

Une dernière question importante, surtout au point de vue médico-légal, la rupture a-t-elle été spontanée ou bien reconnaît-elle pour cause des manœuvres malhabiles ?

En dehors des commémoratifs qui indiquent l'existence d'une manœuvre ou de traces certaines laissées par elle, on ne peut trouver dans l'absence ou la présence de certaines causes prédisposantes et surtout dans l'anatomie pathologique de la rupture, une preuve concluante que celle-ci est spontanée ou provoquée ? Le médecin appelé à se prononcer sera donc très réservé dans son appréciation, une erreur de sa part pouvant entraîner de graves conséquences.

Le pronostic de ces ruptures incomplètes est parfois très sérieux ; l'enfant est toujours plus exposé que la mère. La thérapeutique de ces accidents sera la suivante : Pendant la grossesse, on transformera les présentations vicieuses; pendant le travail on s'abstiendra de manœuvres violentes surtout si le segment inférieur est très distendu : on ne devra pas administrer de seigle ergoté; enfin les interventions pendant le travail seront faites au moment le plus favorable. Tels sont les moyens prophylactiques. La rupture diagnostiquée, si les accidents ne sont pas pressants, on peut ne pas intervenir, mais être prêt à agir dès qu'une aggravation se produit.

L'extraction de l'enfant par les voies naturelles sera la méthode de choix, mais elle sera faite sans violences, afin de ne pas aggrandir la plaie; l'extraction sera faite par le forceps ou la version si l'enfant est vivant, par le basiotribe si l'enfant est mort. Après l'accouchement combattre le shock, l'hémorrhagie et surtout éviter l'infection péritonéale.

On fera à cet effet des injections intra-utérines et vaginales fréquentes. Certains recommandent le tamponnement qui assure l'antisepsie et arrête l'hémorrhagie. La suture de la plaie par le vagin n'est possible que dans les cas où la rupture siège très bas.

Enfin, lorsqu'il y a infection, on fera la laparotomie avec suture et tamponnement de l'utérus. Si même les lésions sont très accentuées on n'hésitera pas à pratiquer l'hystérectomie. — J. H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Traitement des tumeurs érectiles par les injections coagulantes. — M. Le Dentu. Si l'électrolyse peut être considérée comme la méthode de choix, surtout pour les angiomes de la face, dans les villes où se trouvent d'habiles électriciens, l'ignipuncture et les injections coagulantes offrent des ressources précieuses au médecin exerçant loin d'un grand centre ou mal outillé pour les traitements par l'électricité.

Les injections coagulantes, ainsi que les conseille M. Th. Anger, sont à la portée de tous les médecins. Cet auteur injecte dans les angiomes 2 à 10 gouttes pour les petites tumeurs, de 20 à 40 gouttes pour les volumineuses, de la liqueur suivante.

Perchlorure de fer à 30°.....	25	grammes
Chlorure de sodium.....	15	—
Eau.....	60	—

Un anneau, appliqué autour de l'angiome afin de gêner la circulation en retour et de s'opposer à l'échappement des caillots en voie de formation hors de la zone érectile, doit être maintenu en place un grand quart d'heure. A cette condition, le danger de l'embolie peut être évité. La décroissance de la tumeur se fait lentement et demande plusieurs mois pour se compléter. A une date éloignée, 3, 6, 12 mois après, si l'angiome n'a pas disparu, l'injection est renouvelée et répétée autant qu'il est nécessaire. M. Th. Anger a pu traiter par ce procédé près de 40 sujets sans le moindre accident.

Les formes atténuées de la grippe et principes de traitement. — M. Huchard (voir cette communication in-extenso page 165).

M. Laborde rappelle que l'on ne doit pas oublier le traitement préventif de la grippe dont il a retiré d'excellents effets; il consiste dans l'emploi journalier d'une solution phéniquée de 1/200 à 1/300e : une cuillerée à bouche ou à café, selon les sensibilités

Digitized by Google

individuelles, dans un grand verre d'eau très chaude, pour servir à des gargarismes répétés, lavages de la bouche et reniflements par le nez. On attaque ainsi directement, aux endroits mêmes où il pénètre dans l'organisme, le microbe pathogène de la grippe. Cette méthode réalise l'antisepsie des voies bucco-naso-pharyngiennes, que recommande M. Huchard. En ce qui concerne le traitement médical proprement dit, il a retiré les meilleurs effets de l'antipyrine très pure, prise dans du café, en particulier contre la céphalalgie. *(27 février.)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

De la médication cacodylique dans la tuberculose. — M. Dalché a traité un certain nombre de tuberculeux dont les reins et le foie étaient d'un fonctionnement normal, par le cacodylate de soude : les doses quotidiennes varient de 0 gr 025 à 0 gr. 050, soit en pilules, soit en injections sous-cutanées ; il n'a pas observé de phénomène d'intolérance notable sauf parfois une odeur alliacée de l'haleine, lorsque le médicament était pris par la bouche. La médication a été poursuivie de la sorte pendant 3 à 4 semaines. Le phénomène le plus sensible a été l'augmentation du poids du corps, grâce au retour de l'appétit. Quant à la modification des signes stéthoscopiques, elle n'a pas été suffisante pour permettre de conclure à une guérison ou même à une rétrocession des lésions pulmonaires. L'état général des malades semble donc avoir plus bénéficié du traitement, que l'état des altérations tuberculeuses du poumon ne s'est modifié dans un sens favorable.

M. Galliard a retiré chez plusieurs phtisiques de bons effets du cacodylate de soude au point de vue du relèvement de l'état général. Quant aux lésions pulmonaires, elles n'ont été enrayées dans aucun des cas.

Ascite lactescente. — MM. Widal et Merklen. Il s'agit d'un homme de 50 ans, alcoolique, entré à l'hôpital avec de l'oppression, de l'ictère des conjonctives, de l'œdème des membres inférieurs et de l'ascite. Urines rares, légèrement albumineuses, ne contenant pas de sucre. Une ponction abdominale donna issue à 9 litres d'un liquide lactescent. Le malade n'éprouva qu'une courte amélioration et succomba quelques jours après, présentant de nouveau 3 litres de liquide lactescent dans le péritoine. Ce liquide n'était ni visqueux, ni spontanément coagulable. Par le repos, il devenait opalescent et l'on voyait se former au fond du bocal un dépôt épais et blanchâtre.

L'examen microscopique de ce dépôt ne permettait de déceler ni granulations graisseuses, ni granulations albuminoïdes, ni globules rouges. Par contre, il y révélait la présence de leucocytes en abondance, donnant au liquide son aspect lactescent. Un examen approfondi de ces globules blancs montra qu'il s'agissait de lymphocytes issus de la lymphe en quantité considérable. Il semble donc que cette ascite ait été fournie tout entière par les vaisseaux lymphatiques, sans que le point de départ puisse en être indiqué d'une façon plus précise. En effet, l'autopsie permit seulement de constater de la sclérose hépatique au début ; il n'existait aucune lésion du canal thoracique, du péritoine, ni des viscères.

M. Vaquez a observé chez un vieillard de 73 ans une ascite chyleuse dans laquelle la lactescence du liquide était due en grande partie à de fines granulations graisseuses contenues dans l'épanchement. La cause première de l'affection paraît due à un cancer de l'abdomen, l'autopsie n'ayant pas été faite.

Dextrocardie. — M. Barbier rapporte un cas d'inversion du cœur à droite, dans le cours d'une sclérose pulmonaire tuberculeuse droite. *(23 février.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Péritonite traumatique enkystée. — M. Schwartz fait un rapport sur une observation de M. Imbert, de Montpellier. Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans qui, à la suite d'un choc sur l'hypochondre droit, vit, au bout de quelques jours, se développer, dans cette région, une tumeur douloureuse et fluctuante. Celle-ci fut ouverte ; remplie de sang et de sérosité, elle était séparée de la cavité péritonéale, mais en rapport avec le grand épiploon et surtout la face inférieure du foie. Malgré les précautions antiseptiques d'usage, le blessé succomba des suites d'une péritonite généralisée. L'auteur pense qu'il s'agit d'une péritonite circonscrite enkystée, produite par une rupture de l'appareil biliaire. M. Schwartz admet également qu'il s'agit d'une péritonite localisée, mais développée autour d'un épanchement sanguin dont on retrouve les traces dans le liquide même de la poche.

Traitement des kystes hydatiques du foie. — M. Schwartz rapporte un cas de traitement des kystes hydatiques du foie par l'incision large, l'ablation de la membrane hydatique, puis la fermeture et la réduction de la poche fibreuse.

Il a pratiqué cette opération chez une femme de 50 ans, atteinte de kyste hydatique du lobe droit, prééminent en bas et en avant. Après laparotomie, il mit à découvert un kyste très tendu, à parois minces, dont il retira par ponction, 3/4 de litre de liquide eau de roche. Il fendit ensuite, largement la poche, retira la membrane, puis, par une suture, referma la poche fibreuse. La malade fut rapidement rétablie de cette intervention.

Fractures et radiographie. — M. Hennequin déclare d'après les faits soumis à son observation, que la radioscopie aussi bien que la radiographie peuvent exagérer plus ou moins les déviations des fragments osseux dans les fractures, ou ne pas déceler les déplacements existants. On ne doit donc accorder qu'une confiance limitée aux impressions produites sur les plaques sensibles par les rayons X et ne négliger les signes cliniques qui, dans bien des cas, corrigeront les exagérations des épreuves radiographiques, ou nous dévoileront ce qu'elles ne nous avaient pas révélé. *(21 février)*.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Artériosclérose et asystolie irréductible

par M. Pierre MERKLEN
Médecin de l'hôpital Laënnec

L'asystolie, qui survient au cours de l'artériosclérose, peut être transitoire et facilement curable sous la seule influence du repos, du lait, de faibles doses de digitale. Parfois, elle ne cède qu'au bout de plusieurs mois, sans qu'il soit toujours aisé de déterminer les causes de cette longue résistance à la thérapeutique. Elle peut enfin se montrer irréductible. C'est de cette dernière évolution que je désire vous entretenir à propos du vieux jardinier couché au n° 19 de la salle La Rochefoucauld, qui a fini par des accidents de thrombose cardiaque, après une asystolie sans rémission, de 6 mois de durée.

I

Je vous rappelle brièvement les quatre phases de sa maladie et les circonstances qui l'ont amenée. C'était un vieillard vigoureux, sans autre tare qu'un alcoolisme modéré. Vers l'âge de 65 ans, il perd ses forces et éprouve quelques palpitations. Peu après le début de cet état d'asthénie et d'éréthisme cardiaque, il est pris d'une grippe fébrile compliquée de bronchite : à partir de ce moment, il a de l'insuffisance cardiaque qui se caractérise par de la dyspnée d'effort et des crises de pseudo-asthme nocturne. Au mois de juillet dernier, il se surmène en faisant un travail physique au-dessus de ses forces : la dyspnée augmente et devient continue, l'hydropisie apparaît et se généralise, l'asystolie s'établit pour ne plus disparaître. Le malade succombe six mois après, à des accidents d'apoplexie pulmonaire.

Des résultats de l'autopsie et de l'examen histologique, nous ne retiendrons que trois choses : 1° la lésion principale avait été l'artériosclérose du rein et du poumon ; 2° secondairement hypertrophié et dilaté, le cœur était atteint d'une double myocardite interstitielle subaiguë et récente ; 3° le malade était atteint d'une double symphyse pleurale partielle et d'un épanchement pleurétique bilatéral, ancien, à gauche, ainsi qu'il résulte de l'observation clinique, récent à droite, et contemporain des infarctus qui ont provoqué la mort. Le rôle de ces trois ordres d'altérations demande à être envisagé successivement.

I

L'asystolie irréductible peut tenir à la persistance d'obstacles extra-cardiaques ou à l'asthénie définitive du myocarde. Les obstacles étaient ici multiples : rénal, pulmonaire, pleural.

Du côté du rein, c'était une artériosclérose avancée, lésion que l'examen microscopique pouvait seul nous révéler. A l'œil nu, les reins étaient légèrement augmentés de volume, atteints d'induration cyanotique, avec une capsule non adhérente ; c'étaient des reins cardiaques. Au microscope, nous avons constaté avec M. Rabé, deux espèces d'altérations : d'une part, la stase veineuse, avec un léger degré de sclérose diffuse, uniquement localisée dans la substance pyramidale, ainsi qu'on l'observe assez souvent à la suite des asystolies répétées ou prolongées ; d'autre part, une endartérite sténosante, en quelques points même oblitérante, de toutes les artérioles de la substance corticale aussi bien que de la substance pyramidale. En dépit de l'insuffisante circulation artérielle, la substance corticale ne présentait pas les altérations de la néphrite interstitielle chronique. Les artérioles étaient entourées de manchons ou de bandes de tissu fibreux, mais les glomérules étaient tous perméables et la trame conjonctive des tubuli contorti paraissait intacte. Le rein était artérioscléreux, mais il n'était pas atteint de sclérose dystrophique. Par contre, les tubuli contorti contenaient, en différents points, un exsudat réticulé et leur épithélium était granuleux, partiellement détruit : ce sont lésions imputables à la néphrite parenchymateuse qui coïncide souvent avec l'asystolie des artérioscléreux.

Les lésions artérielles du rein ont évidemment joué un rôle prédominant dans le développement de l'asystolie. Elles ont eu comme première conséquence une gêne progressive de la circulation aortique, d'où l'hypertension artérielle, la dilatation du cœur gauche, puis son hypertrophie compensatrice. Jusqu'alors, le trouble circulatoire ne s'était manifesté que par quelques palpitations, tandis que l'insuffisance de l'émonctoire urinaire entraînait des altérations nutritives et l'asthénie. Mais le barrage rénal augmentait de jour en jour avec les progrès de l'endartérite, et le cœur gauche subissant une dilatation parallèle, ne devait bientôt plus être en état d'y suppléer par son hypertrophie compensatrice. C'est, en effet, ce qui est survenu. Le ventricule gauche examiné sur la table d'autopsie, avait des parois épaisses, dures, se maintenant en voûte, mais il était à ce point dilaté que l'orifice mitral, lui-même agrandi, laissait facilement passer cinq doigts : la valvule mitrale était atteinte d'une insuffisance relative des plus prononcées. L'oreillette gauche était, elle même très dilatée.

La dilatation du cœur gauche, quand elle existe à ce degré, entraîne la stase veineuse du poumon. Dans une première période, la compensation est encore suffisante au repos ou pendant un exercice modéré, pour ne pas entraver le cours du sang dans les veines pulmonaires. Mais le cœur gauche cède et se laisse distendre sous l'influence de la moindre fatigue, trahissant son insuffisance par la dyspnée d'effort et les crises de pseudo-asthme nocturne. Puis, cette insuffi-

Digitized by Google

sance devient permanente et l'asystolie du cœur gauche est constituée. C'est une asystolie pulmonaire, caractérisée par un état continu d'oppression avec râles de congestion œdémateuse des deux bases et des paroxysmes dyspnéiques liés à l'augmentation momentanée de l'engouement pulmonaire.

L'asystolie du cœur gauche n'est pas d'emblée définitive dans l'artériosclérose rénale. Grâce aux diurétiques, surtout au lait, il est possible de rétablir pour un certain temps une sécrétion urinaire assez abondante pour décharger le système artériel et diminuer la tâche du cœur gauche. La digitale permet aussi, dans dertains cas, de soutenir et de relever le myocarde défaillant. Mais la période de *compensation médicamenteuse* a une limite comme la période de *compensation physiologique*. L'asystolie devient irréductible avec l'augmentation du barrage rénal ou l'asthénie définitive du myocarde. Nous verrons tout à l'heure quel paraît avoir été chez notre malade le facteur de l'irréductibilité.

II

Nous avions constaté, pendant la vie, les signes associés de l'asystolie du cœur gauche et du cœur droit. La dyspnée traduisait la dilatation asthénique du cœur gauche : la stase hépatique et l'hydropisie étaient les principales manifestations de la dilatation du cœur droit. Celle-ci, sur la table d'autopsie, l'emportait sur la distension du cœur gauche; l'oreillette droite, surtout, présentait un volume énorme, et l'orifice tricuspidien dilaté, était, au même titre que l'orifice mitral, atteint d'insuffisance relative.

L'asystolie du cœur droit est souvent la conséquence de l'asystolie du cœur gauche; elle fait partie du cycle des phénomènes dits de décompensation. La stase veineuse pulmonaire entravant le cours du sang dans l'artère pulmonaire, le ventricule droit s'engoue et se dilate, la valvule tricuspide cède rapidement et l'oreillette droite se distend à son tour pour entraîner la gêne de la circulation dans les veines caves. A la rigueur, l'asystolie droite pouvait dans notre cas résulter de l'extrême distension et de l'asthénie du cœur gauche. En réalité, elle n'en dépendait que pour une faible part : la dilatation du cœur droit était la conséquence de l'artériosclérose pulmonaire et d'une double pleurésie chronique.

L'examen histologique nous a révélé, en effet, que les artérioles du poumon étaient atteintes d'endartérite sténosante, comme celles du rein. Au milieu d'alvéoles pulmonaires saines ou d'ilots scléreux, les coupes du poumon laissent voir de petites artères, à lumière diminuée, avec une tunique interne épaissie et scléreuse. Il y avait donc barrage des extrémités terminales de l'artère pulmonaire, en même temps que barrage rénal. Et de même que l'obstacle rénal avait produit la dilatation hypertrophique du cœur gauche, l'obstacle artériel pulmonaire avait entraîné la dilatation, sans longue compensation possible, du cœur droit. Mais ce n'était pas tout : les plèvres étaient épaissies, scléreuses, adhérentes dans une grande étendue, et il existait à la base gauche un épanchement séreux récidivant. Ces altérations constituaient un obstacle surajouté dont le mode mérite de nous arrêter quelques instants.

III

L'influence de la pleurésie sur le développement et la persistance de l'asystolie est un fait bien connu des cliniciens. Elle vient encore de faire l'objet d'une importante étude de A. Besson (1), élève de Desplats. Il suffit de connaître le rôle de l'aspiration thoracique dans le mécanisme de la circulation veineuse générale et de la circulation pulmonaire, pour comprendre les perturbations qui peuvent résulter d'une pleurésie de quelque importance, quand le cœur et les poumons sont préalablement lésés.

C'est grâce à l'aspiration thoracique que les troncs des veines caves, aboutissant du système veineux général, versent facilement leur contenu dans l'oreillette droite, surtout quand, sous l'influence du repos, la vis-à-tergo, habituellement favorisée par la contraction musculaire, est réduite au minimum. C'est encore grâce à la dilatation inspiratoire de la cage thoracique, comparée par les physiologistes à une grande ventouse, que le sang venant du cœur droit est en quelque sorte aspiré dans l'artère pulmonaire et ses branches, pour en être exprimé et poussé dans les veines pulmonaires pendant le retrait respiratoire. La circulation dans l'artère pulmonaire est donc accélérée pendant l'inspiration, ralentie pendant l'expiration. Mais l'expansion pulmonaire est singulièrement réduite quand un épanchement pleurétique supprime le vide pleural, en même temps qu'il comprime une portion plus ou moins grande du poumon, en y supprimant la circulation du sang et de l'air. Elle est non moins entravée quand des adhérences étendues limitent les mouvements inspiratoires en immobilisant complètement certaines parties de la ventouse thoracique, quand surtout, ainsi que l'a fait remarquer Thuvien (2), les adhérences occupent la base du cone pulmonaire, c'est-à-dire sa partie la plus riche en vaisseaux : les mouvements d'abaissement du dia-

(1) A. Besson. De l'influence pathogénique des épanchements pleuraux sur la circulation intra-cardiaque, particulièrement dans les affections chroniques du cœur. (*Th. de doct.*, Paris 1899.)

(2) Thuvien. Contribution à l'étude clinique des adhérences pleurales. (*Th. de doct.*, Paris, 1884.)

Digitized by Google

phragme sont alors diminués ou supprimés, et le thorax ne peut plus s'agrandir dans son diamètre vertical.

Pour ne parler que des lésions anciennes, notre malade présentait, avec un épanchement pleurétique de la base gauche, des adhérences fibreuses de la partie supérieure du poumon de ce côté : l'expansion pulmonaire était donc réduite au minimum à gauche. Du côté droit, l'autopsie nous a révélé une symphyse pleuro-pulmonaire de la base, avec épaississement scléreux de la plèvre diaphragmatique ; d'où une limitation non moins négligeable de l'aspiration thoracique. La circulation pulmonaire et la circulation veineuse générale ne pouvaient donc se faire régulièrement : elles étaient même singulièrement entravées. Il n'est pas étonnant que l'asystolie droite n'ait jamais pu rétrocéder, malgré les courts soulagements procurés par les thoracentèses. L'insuffisance tricuspidienne constatée à l'entrée était moins apparente : mais le foie restait gros et douloureux ; l'œdème des extrémités et l'ascite ne diminuaient que dans une faible mesure.

Comment aurait-il pu en être autrement avec le double obstacle créé par l'artériosclérose pulmonaire et les lésions pleurétiques ? Tout était combiné pour gêner la circulation pulmonaire : la stase veineuse générale et la dilatation du cœur droit devaient être les inévitables et persistantes conséquences de ces multiples entraves. Ainsi s'était constituée, parallèllement à l'asystolie du cœur gauche, mais sans relation directe avec elle, une asystolie du cœur droit. L'une était une asystolie pulmonaire d'origine rénale, l'autre était une asystolie hépatique et des veines caves, d'origine pleuro-pulmonaire.

IV

Que de pareils obstacles rénal et pleuro-pulmonaire aient entraîné l'insuffisance et la dilatatation du cœur. rien de plus compréhensible. Mais les lésions et la pathogénie de l'asystolie étaient encore plus complexes : le myocarde était lui-même altéré. C'est le moment de revenir sur sa dégénérescence, ses causes et ses conséquences.

A l'œil nu, le cœur était dilaté et hypertrophié dans toutes ses parties. Les parois, épaisses et d'un rouge homogène, ne laissaient voir ni ilôt, ni même traînée de tissu fibreux. Au microscope, c'était un type de *cœur cardiaque*. M. Huchard a décrit sous ce nom des altérations qui résultent de la stase veineuse et de l'œdème interstitiel du myocarde dans l'asystolie. La grande veine coronaire subit, comme les veines caves, les conséquences de la stase de l'oreillette droite. Elle s'engoue, ses rameaux et ses ramuscules se dilatent, laissant transsuder de la sérosité et des leucocytes qni se répandent dans la trame interstitielle du myocarde. Si cet état se prolonge, il peut se compliquer de sclérose diffuse et de lésions dégénératives des fibres cardiaques, snrtout prononcées dans le cœur droit. Ce sont bien les altérations que nous avons constatées. La stase veineuse était évidente ; la gangue conjonctive du myocarde était augmentée aux dépens d'un tissu de nonvelle formation à sa phase encore muqueuse ; les fibres cardiaques étaient atteintes de dégénérescence granuleuse, d'hyperplasmie, et même de dégénérescence vacuolaire, celle-ci prédominante dans les parois de l'oreillette droite.

Ces multiples lésions ne pouvaient que diminuer la résistance et l'énergie du myocarde, et contribue pour leur part à l'irrédnctibilité de l'asystolie. La stase veineuse et l'œdème des parois cardiaques avaient engendré une myocardite interstitielle et parenchymateuse subaiguë, nouvelle entrave à la guérison. Tout était donc combiné pour l'empêcher, barrages périphériques et asthénie du myocarde.

V

Les altérations secondaires du myocarde dans l'asystolie sont parfois la seule cause appréciable de son irréductibilité. Il importe donc d'en élucider les causes et la pathogénie d'un peu plus près. On pourrait croire que la stase et l'œdème d'origine cardiaque entraînent inévitablement une sclérose secondaire. S'il en était ainsi, l'asystolie laisserait toujours à sa suite des lésions irrémédiables, soit du côté du cœur soit du côté des principaux viscères, poumons, foie reins. Cela n'est pas : l'œdème stasique de ces organes disparaît souvent sans laisser aucune trace et la résolution peut être parfaite, même à la suite d'une asystolie prolongée de plusieurs mois.

Il n'en est pas moins vrai que les crises répétées d'asystolie favorisent souvent le développement de scléroses secondaires d'origine cardiaque, dont la caractéristique est l'association de stase, de pigmentation et d'induration scléreuse : ce sont les cirrhoses d'origine cardiaqne, dont le type le plus commun est la cirrhose cardiaque du foie ; ou encore les indurations brunes ou cyanotiques dont les poumons et les reins des cardiaques anciens présentent les altérations, à un degré plus ou moins prononcé ; c'est enfin le cœur cardiaque, mélange de stase, de sclérose diffuse et de dégénérescence des fibres musculaires. La peau elle-même peut s'altérer d'une manière définitive à la suite de l'œdème d'origine cardiaque : elle s'indure et s'épaissit, en raison de la sclérose secondaire et persistante du derme.

Ce n'est pas dans la durée, mais dans la qualité de l'œdème stasique qu'il faut chercher l'explication de ces deux évolutions. Le sang veineux dont la sérosité baigne les organes dans l'asystolie est toujonrs un

Digitized by Google

sang impur : c'est du sang public, suivant la pittoresque expression de Lancisi, qui contient les déchets et les produits de la combustion de tous les tissus. Et néanmoins, il ne semble que peu nocif, quand il ne s'y ajoute pas d'éléments anormaux. L'œdème, suivant la juste remarque de M. Bard et de son élève M. Piéry (1), reste un œdème simple, susceptible de parfaite résolution. Ce devient un œdème inflammatoire, sclérosant, dans certaines circonstances morbides dont les principales me paraissent être l'alcoolisme et l'insuffisance rénale. Cette conception de l'œdème simple et de l'œdème inflammatoire des cardiaques, celui-ci d'origine toxique et quelquefois infectieuse, est due à M. Bard : elle éclaire certains points obscurs de la pathologie du cœur et le pronostic de l'asystolie.

L'œdème sclérosant des cardiaques peut se localiser dans certains organes. Chez les alcooliques, le foie est son lieu d'élection, et l'asystolie, c'est un fait bien connu depuis les travaux de Hanot et de Parmentier, peut persister à l'état d'asystolie exclusivement hépatique. Bien plus, elle peut donner un coup de fouet à une cirrhose alcoolique vulgaire, jusque-là latente. J'observe, depuis une année, deux malades alcooliques de la clientèle privée qui, à la suite de crises asystoliques provoquées, l'une par la grippe, l'autre par une violente émotion, ont présenté les signes classiques de la cirrhose de Laënnec avec ascite à répétition, exigeant de fréquentes ponctions ; leur cœur, leurs poumons, leurs reins restent indemnes.

L'œdème inflammatoire peut se produire au cours d'une asystolie elle-même survenue en pleine infection, par exemple au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire. Il n'est pas rare d'observer, chez les sujets jeunes atteints d'endopéricardite chronique rhumatismale avec symphyse, une cirrhose hépatique avec périhépatite. Les lésions scléreuses du foie et de la séreuse sont, au même titre que celles de l'endocarde, du péricarde, du myocarde, la conséquence de l'infection sanguine. Vous en avez eu la preuve, à l'autopsie de ce jeune malade atteint de grand cœur rhumatismal, qui a succombé à des accidents de paralysie cardiaque et d'asystolie, après une grippe compliquée de réveil de rhumatisme : il avait de la périhépatite et de la périsplénite récente, avec un très gros foie, en même temps que de la péricardite, de l'endocardite et de la pleurésie ancienne.

L'œdème sclérosant s'observe surtout chez les artérioscléreux. C'est chez eux que l'œdème des membres inférieurs, après une série de petites poussées d'aspect lymphangitique, devient dur, éléphantiasique, manifestement compliqué de sclérose du derme. La dermite est parfois la conséquence d'une infection exogène, à la suite de mouchetures spontanées et provoquées. Elle est plus souvent attribuable à quelque intoxication endogène, et elle coïncide avec diverses scléroses viscérales, souvent aussi avec l'inflammation chronique des séreuses, des plèvres et du péricarde en particulier : M. Piery a relevé neuf fois cette coïncidence.

Notre malade ne présentait pas d'œdème dur des extrémités, mais il était atteint simultanément de sclérose secondaire du myocarde, d'un certain degré de néphrite interstitielle cardiaque, enfin d'une double pleurésie chronique. Ces multiples scléroses doivent avoir eu une commune origine, peut être l'alcoolisme, certainement aussi l'imperméabilité du rein due à son artériosclérose. Que l'insuffisance de la dépuration urinaire, que la rétention dans le sang de poisons organiques non éliminés puisse transformer un œdème simple en œdème inflammatoire, cela n'a rien qui puisse surprendre. Cette idée a été émise déjà à propos de l'inflammation chronique des séreuses, des périviscérites chez les rénaux et les cardiaques, par M. Huchard, puis par MM. Labadie-Lagrave et Deguy (1). C'est surtout au cours de l'artériosclérose et de la néphrite interstitielle quese produisent les inflammations chroniques des séreuses, et leur origine toxique paraît vraisemblable. C'est dans les mêmes conditions que surviennent les scléroses viscérales d'origine asystolique.

VI

Il est aisé de conclure, de l'analyse attentive de notre observation et des considérations qui en découlent que le pronostic de l'asystolie dépend à la fois de ses causes déterminantes et du terrain organique. L'asystolie sera habituellement rebelle à toute thérapeutique, si les obstacles périphériques qui ont forcé le cœur sont eux-mêmes irrémédiables : l'artériosclérose rénale et pulmonaire sont de ce nombre. Mais l'asystolie est souvent aggravée et entretenue par les lésions viscérales secondaires qui résultent de la stase et de l'œdème, quand aux simples troubles mécaniques de la circulation, s'associent l'infection ou l'intoxication. De ces lésions, la sclérose secondaire du myocarde et l'inflammation chronique des séreuses, des plèvres surtout, sont les plus graves. Elles sont surtout à redouter chez les alcooliques et chez les artérioscléreux avec imperméabilité et insuffisance rénale. C'est assez dire l'importance capitale de l'hygiène alimentaire chez ces malades. Le régime lacté s'impose d'une manière rigoureuse et l'asys

(1) Piéry. De l'œdème et de la congestion dans leurs rapports avec la production de la sclérose (*Thèse de doctorat*. Lyon, 1899)

(1) Labadie-Lagrave et Deguy : Les périviscérites (*Arch. gén. de méd.*, 1898, pages 385, 539 et 661).

Digitized by Google

tolie doit être combattue avec énergie dès l'origine, afin de prévenir les conséquences phlogogènes de la stase et de l'œdème. Notre malade était asystolique depuis plus de deux mois, quand il est entré à l'hôpital. La situation se serait peut être améliorée, s'il avait été mis plus tôt en traitement régulier. La précocité du traitement est aussi essentielle dans les maladies du cœur que dans les maladies générales : elle prévient les intoxications et les lésions secondaires.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Sur la médication cacodylique

Par M. le Pr Armand Gautier

Le traitement cacodylique, que j'ai appliqué pour la première fois au traitement des maladies consomptives en 1897, et que je fis connaître d'abord à M. Renaut (de Lyon) et à quelques autres médecins en 1898, ne doit pas être confondu avec le traitement arsenical proprement dit. La matière médicamenteuse et les effets ne sont pas les mêmes ; c'est ce que j'ai établi dans une première communication à l'Académie de médecine du 6 juin 1899.

I. — Mais ce traitement cacodylique n'est lui-*même* bien défini que si la substance active est *introduite* par la voie hypodermique. Donner le cacodylate en pilules par la bouche, ou même en injections rectales, c'est transformer, c'est déformer ce traitement, et le rendre plus ou moins inactif, quelquefois même nuisible.

Deux fois déjà, à l'Académie de médecine, j'ai pris la parole pour faire remarquer que rien n'est plus inoffensif que l'acide cacodylique quand il est injecté sous la peau, mais que rien aussi n'est plus instable que lui, et plus facile à transformer partiellement en un produit extrêmement vénéneux, quand il pénètre par le conduit gastro-intestinal. Là, l'acide cacodylique trouve des matières réductrices en abondance qui le changent partiellement en oxyde de cacodyle et autres dérivés analogues, tous toxiques, que décèle l'odeur d'ail intense, très désagréable, fatigante, que prennent la peau, l'haleine, les urines, des individus ainsi traités. Ils sont littéralement imprégnés de ces poisons volatils.

D'un médicament inoffensif, on fait donc, en donnant le cacodylate de soude par la bouche, un produit vénéneux qui traduit son action par des troubles gastro-intestinaux, des douleurs épigastriques, de l'anorexie, de la fatigue générale, quelquefois de la diarrhée avec perte de poids du sujet. Si l'on donne le cacodylate par le rectum, ce sont alors des secrètions glaireuses, de la rectite et toujours cet odeur d'ail écœurante, fatigante pour le malade et pour son entourage. Mais, ce qui est le plus grave, et quelle que soit la voie gastro-intestinale, c'est l'action sur les reins, dont la perméabilité diminue, qui ne laissent passer qu'un volume moindre d'urine (Imbert et Badel), au moins les premiers jours, qui peuvent se congestionner même, au point de créer l'albuminurie passagère, comme je l'ai éprouvé sur moi même, au cours de mes premières recherches, et comme l'a observé aussi le professeur Teissier (de Lyon), qui m'écrit :

« Plusieurs de mes malades de l'Hôtel-Dieu, qui avaient les urines normales avant la mise en observation, ont fait de l'albuminurie (transitoire je le veux bien) après le traitement par les injections rectales à doses modérées (0 gr. 01 à 0 gr.015 de cacodylate de soude par jour). D'autre part, une de mes clientes que je soigne depuis dix ans pour une maladie de Basedow fruste, et qui n'avait jamais eu d'albumine, sous l'influence de la première quinzaine du traitement par le cacodylate (*en injections rectales toujours*), a eu une forte proportion d'albumine qui a disparu d'ailleurs avec la cessation du médicament. ».

Au contraire, par la voie des injections hypodermiques, que je pratique depuis trois ans bientôt, je n'ai jamais vu ni albuminurie, ni odeur alliacée de l'haleine, ni troubles intestinaux d'aucune sorte, ni douleurs, ni abcès de la peau, ni congestions rénales, ni stétatose, ni congestion du foie. En un mot, par la peau, on introduit un médicament puissant et inoffensif, l'acide cacodylique ; par le tube gastro-intestinal, on en détruit au moins en partie les effets, en le transformant en un autre corps éminemment toxique et irritant, l'oxyde de cacodyle.

Cette différence foncière dans l'action d'un médicament pris par la peau ou par la bouche, n'est pas le seul cas semblable que nous connaissions. Je citerai le bismuth, médicament inoffensif quand on l'ingère, et dont les préparations deviennent, quand on les injecte sous la peau, des toxiques formidables aux plus faibles doses.

Je récuse donc comme mal définies et douteuses toutes les observations où le cacodylate de soude n'a pas été donné par la voie hypodermique, parce que par toute autre voie, il y a toujours production plus ou moins abondante d'oxyde de cacodyle, corps très vénéreux plus ou moins bien supporté par le malade, très souvent dangereux pour lui.

Il est très malheureux de voir le système acharné de réclame des fabricants de produits pharmaceutiques prôner les pilules, liqueurs et gouttes au cacodylate. Elles servent sans doute les intérêts des fabricants de produits chimiques, mais non ceux des

Digitized by Google

malades. Sur la foi d'un prospectus ceux-ci recourent volontiers aux pilules et le remède se répand; ils n'osent pas s'injecter d'eux-mêmes, sous la peau, un produit qu'on leur dit très actif. Il serait déplorable que grâce aux affirmations répétées de fabricants sans compétence (et qui n'hésitent pas à me prendre moi-même en témoignage), grâce aussi aux facilités que donne la voie digestive, le corps médical, se laissant forcer la main, fût entraîné à une médication irrationnelle et dans quelques cas dangereuse.

II. — Je tiens à répondre maintenant à une objection qu'on m'a quelquefois faite et qu'un jugement trop précipité des effets de cet excellent médicament pourrait faire peut-être momentanément accepter.

On dit : le traitement au cacodylate n'agit que sur l'appétit qu'il excite, sur l'assimilation qu'il active, mais il ne modifie pas la tuberculose (je me borne ici à cette maladie), du moins la tuberculose aux deuxième et troisième degrés.

Je répondrai à ceux qui parlent ainsi : « Qu'en savez-vous ? » J'ai fait connaître ce traitement en novembre 1897 à M. Renaut (de Lyon); il a commencé à l'appliquer en février 1899; et fin mai de la même année, moins de quatre mois après, il déclarait guéris plusieurs de ses malades atteints de tuberculose au deuxième degré. C'était aller bien vite ! Depuis juin dernier, quelques médecins de Paris ou de la province ont essayé de cette médication sur un petit nombre de malades. Quelques-uns déclarent que les phénomènes locaux, stéthoscopiques, ne se sont pas modifiés aussi rapidement que le retour de l'appétit, des forces et du poids. C'est exact; mais conclurons-nous encore à la hâte (cette fois dans le sens pessimiste) que l'acide cacodylique ne modifie pas le terrain, qu'il ne guérit la tuberculose qu'au début, parce qu'il ne la guérit pas en cinq à six mois ?

Pour ma part, j'ai publié deux cas de tuberculose au second degré, l'un guéri, l'autre profondément transformé par la méthode cacodylique. Il s'agissait, dans le second cas, d'une malade fiévreuse (38°8 et 39° le soir), hémoptysique, toussant, fatiguée de sueurs nocturnes, à bout de forces, ne mangeant plus, ayant des craquements humides dans le haut du poumon gauche et dans presque toute la partie sous-scapulaire postérieure. Le poumon droit commençait à se prendre. Après six mois d'usage, force avait été d'abandonner les injections huileuses de créosote : elles mettaient la malade dans un état syncopal.

Je la mis au cacodylate. L'appétit revint presque aussitôt. Aujourd'hui le poumon droit est complètement normal, et les râles humides ont presque entièrement disparu du poumon gauche ; l'appétit est excellent, les forces suffisantes, la toux presque nulle, le poids est passé de 50 kilogrammes à 66, et à un moment, il a été à 69, si bien que la malade vient de résister victorieusement à une attaque d'influenza avec des températures de 39°9 le soir, attaque dont elle est entièrement guérie. Il est vrai que ce traitement dure aujourd'hui depuis deux ans et demi et c'est pourquoi je le cite pour montrer que, dans les cas graves, il ne faut pas trop vite se décourager. Mais est-ce là, oui ou non, un changement d'état et même de terrain ?

On m'écrit de Nice : « La créosote tend à rendre le tuberculeux arthritique, et, sur le terrain ainsi modifié, le bacille de Koch ne prospère plus ; l'acide cacodylique ne praaît pas agir par ce mécanisme. » C'est parler au hasard d'un parti pris et se payer de mots. Quand je dispose du cacodylate de soude, il m'est facile de rendre le tuberculeux arthritique, et c'est même ce que je fais en le surnourrissant de viande crue et cuite, de jaunes d'œuf, de lait, en lui donnant du café, du thé, du cacao, en lui prescrivant le repos. La créosote ne m'est pas nécessaire pour lui faire fabriquer des urates. Est-ce parce que le terrain est devenu celui d'un arthritique que le poumon se cicatrise ? Je ne sais ; mais pour y arriver je ne recourrai plus à la créosote ; après avoir commencé par elle, il a bien fallu l'abandonner, au moins chez les fiévreux.

Je pourrais citer bien des malades guéris par la médication cacodylique ou plutôt très améliorés, car (et je l'ai dit dès le début) la guérison est lente; et la fièvre, quand il y en a, ne tombe, chaque mois, que de quelques dixièmes de degrés. Mais, sauf la créosote, qui agit en enrayant les combustions et l'assimilation, et qui finit par abattre les forces qu'il faudrait soutenir, et l'appétit lui-même qu'elle ne surexcite qu'au début, connaît-on un autre médicament qui fasse tomber la fièvre chez les tuberculeux ?

III. — Je termine par deux remarques qui ont leur importance, et que je pense être le seul à pouvoir formuler aujourd'hui.

Le cacodylate de soude peut être employé durant plusieurs années sur les mêmes personnes sans que l'accoutumance s'établisse. Toujours si l'appétit a disparu, il revient dès la troisième ou la quatrieme injection de 0 gr. 030 à 0 gr, 060 de cacodylate, et avec la température s'abaisse si elle s'était relevée, tandis qu'augmentent en même temps le poids et les forces du sujet, J'ajoute que je crois avoir remarqué qu'il y a avantage à employer ce médicament concurremment avec l'iodure de potassium donné à faibles doses. Du moins, c'est ce que j'ai toujours fait empiriquement, puis surtout lorsque j'ai trouvé de puissantes raisons théoriques d'agir ainsi.

Par l'usage du cacodylate de sodium continué même des années par la méthode hypodermique on

Digitized by Google

ne remarque ni altération du rein, ni congestions du foie ou de la rate, ni arsenicisme sous aucune de ses formes. Seuls, les cheveux deviennent plus longs, plus opulents, plus fournis, ainsi que tout le système pileux ; la voix prend de la clarté et de la force, et les fonctions semblent rajeunir comme le sang.

Consultation Thérapeutique

Traitement des Mastoïdites

Exposé clinique. — Dans l'étude clinique de la mastoïdite aiguë, nous envisageons la forme la plus commune. Il s'agit le plus souvent d'un enfant convalescent d'une fièvre éruptive, rougeole, scarlatine, plus rarement variole et qui de plus, porteur de végétations adénoïdes, a son rhino-pharynx infecté, ou bien d'un adulte récemment atteint de fièvre typhoïde ou de grippe. Sous l'influence de cette cause d'affaiblissement qui met l'organisme dans un état de moindre résistance, l'infection se propage par la trompe d'Eustache à l'oreille moyenne et l'otite moyenne suppurée se déclare. C'est en général cette voie que suit l'infection, bien qu'elle puisse atteindre directement la caisse par la voie sanguine ou lymphatique. Le tympan perforé naturellement ou par la paracentèse laisse sourdre par le conduit auditif externe un pus jaune verdâtre, bien lié, parfois fétide, qui détermine de la rougeur et des excoriations du pavillon de l'oreille ; alors les symptômes généraux sont peu accusés, la fièvre peu élevée, la douleur légère. Brusquement, la scène change : la fièvre apparait, s'accompagnant de céphalée intense. L'arrivée de ces symptômes coïncide avec la diminution de la sécrétion. La fièvre est donc un témoignage d'un obstacle à l'écoulement du pus, à la rétention de produits septiques et à leur résorption. L'infection a atteint alors les cellules mastoïdiennes et la mastoïdite aigue éclate. D'autres fois, assez fréquemment même, cette infection apparait d'emblée en même temps que l'otite moyenne.

Le malade a une température qui atteint 39° ou 40°, plus élevée le soir, avec rémission le matin. Cette fièvre, qui a une si grande valeur pour conduire au diagnostic, s'accompagne de troubles gastriques, inappétence, de langue blanche, de fatigue intellectuelle et d'inaptitude au travail. La douleur éprouvée spontanément a une exacerbation nocturne, et rend tout sommeil impossible ; partant de la région apophysaire, elle s'irradie dans le voisinage vers l'écaille et l'occipital, suivant le trajet des nerfs envahis par l'inflammation. Examinez votre malade, vous constatez tout d'abord le fait qui vous a été donné par les commémoratifs, c'est-à-dire la suppression brusque de l'écoulement ; regardez la région mastoïdienne, elle est rouge s'il y a peu d'œdème, blanche ou rosée au contraire si l'œdème plus considérable envahit la fosse temporale ; dans les deux cas, le doigt appliqué sur la région en même temps qu'il provoquera une vive douleur, laissera son empreinte dans l'œdème ; ce procédé permet de reconnaître un œdème peu appréciable, alors même qu'il n'existe que dans le sillon rétro auriculaire. Presque toujours ce sillon est conservé contrairement à ce qui se passe dans les cas de periostites de l'apophyse. Dans tous les cas, il ne faut pas négliger de juger par comparaison les deux côtés, c'est le plus sûr moyen d'apprécier des nuances délicates. La douleur que vous avez provoquée par la pression du doigt est localisée soit à la pointe de la mastoïde, soit à la région antrale. Parfois cette dernière est douloureuse et même on arrive à n'éveiller une sensibilité anormale qu'en enfonçant profondément le doigt dans le sillon rétro-auriculaire.

Abandonnée à elle-même, la mastoïdite aiguë, s'il ne survient pas de trépanation spontanée avec issue de pus au dehors est susceptible de produire de nombreuses complications ; et ces complications dépendent de la voie suivie par le pus ; a-t-il tendance à cheminer au dehors, il détermine des lymphangites qui se montrent sur le pavillon de l'oreille et la peau environnante, des adénites des periostites mastoïdiennes avec pavillon écarté du crâne, enfin les nombreuses suppurations du cou si bien étudiées dans la thèse de Collinet. Si au contraire le pus a tendance à envahir les régions internes, il pourra provoquer la thrombo-phlébite du sinus latéral qui s'explique par le rapport immédiat du toit de l'antre avec la gouttière de ce sinus ; des infections intra-crâniennes circonscrites sous forme d'abcés, quelquefois diffuses sous forme de méningites. Ainsi des abcès méningés intra ou extra dure-mériens, des abcès du cerveau ou du cervelet, des méningites suraiguës ou aiguës.

Traitement. — Tout d'abord il est essentiel comme traitement prophylactique de surveiller avec soin les enfants atteints de maladies infectieuses, rougeole, scarlatine, diphtérie, les adultes atteints de grippe ou de fièvre typhoïde. Comme l'infection vient du rhino-pharynx, il faut faire l'antisepsie de la région avec une pommade mentholée ou boriquée. «Car le plus souvent, dit Castex, l'infection envahit l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache. Ce mode d'infection est fréquent car les microbes, streptocoques, staphylocoques, pneumocoques et colibacilles grouillent dans le cavum et parce que l'effort qui se produit quand on éternue ou quand on se mouche pousse ces germes infectieux vers l'oreille moyenne.»

En présence de l'otite moyenne aiguë suppurée, cause si fréquente des mastoïdites, il faudra faire, sans retard, la paracentèse du tympan et faire des injections antiseptiques à travers la perforation au moyen de la petite canule coudée de Hartmann. On peut conseiller avec avantage dans ces cas la solution de sublimé au 1/2000. Les injections faites à travers la trompe d'Eustache de dedans au dehors complètent ce moyen. La glycérine phéniquée au 1/10 rend également des services ; de même l'eau oxygénée qui doit réussir merveilleusement dans ces suppurations fétides dans lesquelles Rist a démontré la présence de micro-organismes anaërobies dont plusieurs d'entre eux ont une virulence extrême et peuvent provoquer soit par leur action directe, soit par les poisons qu'ils secrétent la destruction des tissus et leur putréfaction gangréneuse.

Si malgré ces soins médicaux, la mastoïdite aiguë survient, il faut, une fois le diagnostic posé et après avoir éliminé tout ce qui donne le change pour une mastoïdite, c'est-à dire la périostite de l'apophyse, une adénite, un

Digitized by Google

phlegmon superficiel de la région rétro-auriculaire, il faut, disons nous, prendre une résolution immédiate et la meilleure est la trépanation de l'apophyse mastoïde. Depuis qu'on a conçu l'espoir légitime de s'opposer au développement des complications graves par l'application précoce des méthodes d'évidement de l'apophyse, l'intervention a rencontré partout des partisans enthousiastes. Donc, lorsque l'affection n'aura pas cédé aux moyens médicaux, que les symptômes, au bout d'un temps variable suivant les cas., auront tendance à rester stationnaires ou à s'aggraver, il ne faudra pas hésiter à proposer aux malades une ouverture de l'apophyse mastoïde, opération en somme peu grave si elle est bien conduite. En présence des terreurs du patient et de l'entourage pour une opération chirurgicale, le devoir du médecin est d'exposer les complications graves qui peuvent survenir en cas de trop longue hésitation. Depuis que Küster et Bergmann, puis Stacke et Zaufal ont fait connaître un procédé rationnel pour atteindre les lésions attico-mastoïdiennes, l'antrotomie a été mise au rang d'une opération d'urgence et provisoire, opération que tous les praticiens peuvent être appelés à faire le cas échéant, pour remédier à une rétention purulente avec accidents généraux graves. C'est donc une opération médico-chirurgicale au même titre que l'empyème.

Un point important à préciser est le suivant : il est tout à fait insuffisant de s'en tenir à l'incision de la collection peri-mastoïdienne si elle existe ; dans tous les cas, il faut trépaner l'apophyse.

Les notions anatomiques nécessaires pour pratiquer l'antrotomie sont exposées d'une façon magistrale par Castex dans le *Bulletin d'Otologie* de décembre 1899. L'écorce de l'apophyse peut manquer par places et l'apophyse peut-être d'un tissu plus ou moins dense. La surface peut être divisée par une horizontale et une verticale se croisant en quatre quadrants : le quadrant antéro-supérieur recouvre l'antre pétreux ; au niveau des autres quadrants, se trouvent les cellules mastoïdiennes. Il y a dans la profondeur des rapports très importants avec le nerf facial placé entre le conduit auditif et l'apophyse ; avec le canal demi-circulaire horizontal qui, parallèle au facial, est situé au-dessus de lui ; le sinus latéral répond au 1/3 moyen de l'apophyse et il est d'autant plus superficiel qu'on approche de sa base. Le point de repère pour l'ouverture de l'antre est l'*Epine de Henle* ou *Spina supra meatum* qui se dessine à la partie postero-supérieure du méat auditif.

Technique opératoire. — La région préalablement rasée, savonnée et rendue aseptique, après avoir disposé des compresses stérilisée tout autour du champ opératoire, on fera une incision de 6 à 7 centimètres dans le sillon qui sépare le pavillon de la région mastoïdienne. Il faut aller d'emblée jusqu'à l'os, ruginer largement, puis chercher l'épine de Henle pour éviter d'ouvrir au-dessus d'elle. On doit forer dans le quart antéro-supérieur, puis se diriger en avant et en haut parallèlement au conduit auditif. L'ouverture faite à la gouge et au maillet, si la trépanation n'a pas été spontanée, doit avoir la forme d'un entonnoir et ne pas dépasser une profondeur de 15 millimètres. L'hémostase est assurée durant le cours de l'opération à l'aide de petits tampons de gaze iodoformée ou de gaze stérilisée. L'apophyse une fois trépanée, on enlève les parties malades à l'aide de la curette et on constate généralement que le pus et les fongosités pénètrent jusqu'au niveau de la pointe de la mastoïde, d'où le conseil d'explorer toujours d'une façon systématique les cellules inférieures ; et même certains auteurs n'hésitent pas à réséquer la pointe après avoir desinséré le muscle sterno-cleido-mastoïdien. Si en avançant à travers les cellules en arrière, on arrive sur une couche d'os compacte. il y a lieu de se méfier, car le sinus latéral est là à proximité. Quand l'état des parties l'exige on fait sauter la moitié superficielle de l'aditus en se servant du protecteur de Stacke et même le mur de la logette. La caisse sera donc ouverte largement ; on doit s'assurer dans tous les cas qu'une injection passe de la brèche mastoïdienne dans le conduit auditif ; on touche les cavités à la solution de chlorure de zinc au 1/10, on draine et par dessus on applique un pansement iodoformé.

Soins consécutifs. — Si la fièvre tombe, comme il arrive normalement, on renouvelle le pansement tous les cinq ou six jours. Chaque fois, on passe une mèche allant de la brèche mastoïdienne dans le conduit auditif ; et on fait un pansement iodoformé.

Accidents opératoires et complications. — Parmi les complications qui surviennent dans le cours ou à la suite de la trépanation de l'apophyse mastoïde, il convient de citer : l'hémorrhagie de peu d'importance d'ailleurs et qu'arrête facilement un bon tamponnement. L'ouverture du sinus latéral est sans conséquences graves si on a soin de faire immédiatement le tamponnement à la gaze stérilisée. La section du nerf facial est bien plus fâcheuse; cependant la plaie chirurgicale de ce nerf n'a pas la portée pronostique qu'on serait tenté de prime abord de lui accorder ; elle guérit en effet après un certain temps et, récemment même, Castex communiquait à la Société d'Oto-rhino-laryngologie de Paris 4 observations de paralysies faciales guéries. L'ouverture du canal demi-circulaire externe et celle de la fosse cérébrale moyenne ne sont redoutables qu'en cas d'infection secondaire. L'ouverture labyrinthique est souvent suivie d'un collapsus immédiat et a pour conséquences ultérieures la surdité. Enfin une complication fréquente est la fistulisation du trajet avec sécretion intarissable mais qu'une intervention ultérieure peut supprimer.

Interventions chirurgicales ultérieures. — L'antrotomie dans le cas de mastoïdite aiguë est, avons-nous dit, une opération d'urgence. Les interventions chirurgicales ultérieures, de même que l'antrotomie que né-

Digitized by Google

cessitent les mastoïdites chroniques sont du ressort des spécialistes. Lombard, dans sa thèse inaugurale, a bien mis en relief les affections qui appellent cette opération. Ce sont : les osteites chroniques suppuratives de l'apophyse seule ou accompagnant des lésions des cavités de l'oreille moyenne, avec toutes les modalités anatomiques et cliniques, compliquées ou non compliquées de lésions de voisinage ; certaines formes atténuées de ces osteites chroniques encore mal connues et désignées sous le nom de mastoïdites congestives, quand celles-ci se développent dans le cours des otites chroniques suppurées ; les mastoïdites cholesteatomateuses ; les mastoïdites scléreuses sous la dépendance d'une infection prolongée.

Quand doit on opérer lorsqu'on se trouve en présence d'un de ces cas ? L'opération est indiquée lorsqu'on a diagnostiqué une suppuration chronique d'une des trois cavités, coupole, aditus, antre, incurable autrement. Milligan va plus loin et déclare que dans tous les cas douteux le devoir de l'auriste est de faire une trépanation exploratrice, absolument comme celui du chirurgien général est de ne pas hésiter à ouvrir l'abdomen pour faire un diagnostic. Quoi qu'il en soit, il est des signes qui paraissent entraîner une indication presque absolue et immédiate : ainsi, la paralysie faciale, la fistule du conduit, la chute de la paroi postéro-supérieure du conduit. D'autres symptômes ne donnent que des indications relatives : tels, l'abondance de l'écoulement, sa persistance et sa réapparition immédiate après asséchement, sa suppression brusque s'accompagnant de symptômes généraux, sa fétidité persistante, la présence dans l'écoulement de masses cholesteatomateuses ou de séquestres osseux. De même, les douleurs persistantes et la névralgie mastoïdienne symptomatique de la sclérose, les troubles de l'état général, la reproduction incessante de fongosités dans la caisse fait pencher vers l'opération.

Alors que faire ? Suivant les cas, l'opérateur fera une intervention conservatrice qui consiste à extraire les osselets du marteau et de l'enclume, et à faire le curettage de la caisse pour en retirer les fongosités, les sécrétions purulentes ou les esquilles osseuses. Ou bien il emploiera le procédé radical de Stacke qui consiste, après avoir incisé par derrière le conduit auditif membraneux, à ouvrir l'attique sur le protecteur, à se diriger ensuite vers l'antre et à l'ouvrir ainsi que les cellules mastoïdiennes. — A. P.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Saponiments. — Dietricht a préconisé sous ce nom des préparations qui peuvent, dans certains cas, remplacer avantageusement le baume opodeldoch du codex : quand, par exemple, on veut supprimer l'ammoniaque ou introduire dans le liniment certains principes médicamenteux. Les saponiments présentent la consistance du baume opodeldoch et sont à base de savon stéarique et oléique. Ces savons sont préparés par dialyse.

On pourra prescrire de la façon suivante un saponiment au chloral :

Savon stéarique	7 gr. 50
— oléique	5 grammes
Alcool à 90°	82 —
Hydrate de chloral	5 —
Essence de lavande	0 gr. 30

Si l'on veut employer un saponiment à l'iodoforme on prescrira :

Savon stéarique	5 grammes
— oléique	1 —
Alcool	90 —
Iodoforme	1 —
Ether acétique	3 —

Incompatibilité des sels de strychnine avec l'arséniate de soude. — M. Thomas Dunlop, ayant eu à préparer un mélange d'une solution d'arséniate de soude à une solution de chlorhydrate de strychnine, a observé la formation au bout de quelques instants d'un dépôt granuleux de strychnine.

M. J. Rutherford Hill a repris l'étude de cette incompatibilité. La conclusion pratique de ses recherches pour le médecin est de ne jamais associer le phosphate ou l'arséniate de soude avec les sels d'alcaloïdes à moins de prescrire de ramener préalablement le sel de soude à l'état de sel mono-métallique par une quantité convenable d'acide.

Traitement du prurit génital. — W. Shœmaker propose contre les démangeaisons survenant chez les femmes aux environs de la ménopause de faire prendre trois fois par jour une des pilules suivantes :

Oxyde de zinc	0 gr. 3
Quinine	2 —
Extrait d'aloès	1 gramme
Suc de réglisse	Q. S.

Pour 20 pilules.

Chaque pilule contient 0 gr. 015 d'oxyde de zinc.

En même temps, il conseille de faire laver les parties prurigineuses avec de l'eau phéniquée faible additionnée de menthol.

(Nouv. remèdes.)

Solution hypodermique de gaïacol iodoformée :

Gaïacol	5 grammes
Iodoforme	1 —
Huile d'olives ou huile de vaseline stérilisées Q. S. pour	100 cc.

Indications : Phtisie, tuberculose pulmonaire, pleurésie d'origine tuberculeuse.

Dose et mode d'emploi : 3 centimètres cubes chaque jour.

(Bull. Pharm. de Lyon.)

Formule pour prescrire le salicylate de soude :

Salicylate de soude	6 à 8 grammes
Curaçao, Eau distillée, Sirop d'écorces d'or. amères	àà 60 —

A prendre dans les 24 heures. Chaque dose devra être mélangée à un demi-verre d'eau gazeuse.

Potion au santal :

Santal citrin	4 à 6 grammes
Essence de menthe	VI à XII gouttes
Sirop simple	60 à 80 grammes

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

Formulaire du Praticien

Lorsqu'un cancer utérin est inopérable, ou, pour des raisons diverses ne peut être opéré, lorsque l'on ne peut pratiquer ni l'ablation, ni le curettage, ni la cautérisation, ni les injections modificatrices, il convient néanmoins de pallier, dans la mesure de nos moyens, aux ennuis de toute sorte occasionnés par cette maladie, et quatre indications thérapeutiques sont à remplir. 1° Désinfecter le vagin, 2° Appliquer des pansements, 3° Combattre les hémorragies et 4° Calmer la douleur.

1° Injections. — On peut employer le sublimé au 1/5000 ou le permanganate de potasse à 5/1000. M. Lutaud (*Manuel de Gynécologie*, Maloine éditeur, Paris 1900) associe parfois des injections modificatrices et prescrit des injections avec :

I. Acide picrique	10 grammes
Eau	1 litre

ou :

II. Résorcine	20 grammes
Eau	1 litre

Ces injections doivent être faites après mise en place du spéculum, puis on appliquera un tampon d'ouate imbibé de la solution suivante :

Hydrate de chloral	2 grammes
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 50
Eau	20 grammes

Ou bien, si le cancer siège dans le corps de l'utérus, on injectera quelques gouttes de la mixture suivante :

Bichlorure de mercure	0 gr. 20
Chlorhydrate de cocaïne	1 gramme
Eau	10 —

On pourra également placer une bougie à l'iodoforme ;

Iodoforme	0 gr. 10
Chlorhydrate de cocaïne	0 — 05
Beurre de cacao	0 — 50

2° Pansements. — Les pansements absorbants ont leur importance, M. Lutaud préconise les poudres suivantes :

1° Iodoforme	40 grammes
Sulfate de cuivre	10 —
Sulfate de morphine	4 —
2° Salol	4 grammes
Lycopode }	àà 10 —
Tannin }	
3° Iodoforme }	àà 20 grammes
Charbon pulvérisé }	
Sulfate de quinine	2 —
Essence de menthe	XV gouttes

La première poudre possède une action caustique. Après avoir insufflé ces poudres, on fera un pansement vaginal à la gaze salolée.

3° Traitement des hémorrhagies. — Outre le traitement local par la cautérisation ignée, on peut employer les hémostatiques que M. Lutaud formule ainsi :

Ergotine	2 grammes
Poudre de digitale }	àà 0 gr. 20
Extrait de jusquiame }	

Pour 20 pilules, de 4 à 6 par jour.

ou bien :

Extrait de cannabis Indica	0 gr. 50
Ergotine	4 grammes
Extrait fluide d'Hamamelis	8 —
Sirop de ratanhia	30 —
Eau distillée	90 —

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

4° Pour calmer les douleurs et soutenir le malade, l'injection de morphine est ce qu'il y a de mieux, mais on peut employer les suppositoires belladonés :

Beurre de cacao	3 grammes
Extrait de belladone	0 gr. 001
Extrait hébaïque	0 — 02

Contre la cachexie, on peut faire des injections hypodermiques d'acide phénique :

Acide phénique neigeux	0 gr. 50
Eau distillée	40 grammes

ou bien donner avant chacun des deux principaux repas une cuillerée à café de la potion suivante :

Teinture de thuya	4 grammes
Liqueur de Fowler	2 —
Sirop de gomme	30 —
Eau	60 —

M. D.

CLINIQUE MÉDICALE

Quelques remarques cliniques sur la grippe. — La grippe étant une question d'actualité, on nous permettra d'appeler l'attention sur quelques faits cliniques mis en lumière par M. Alison (de Baccarat), ancien interne des hôpitaux de Paris. Ces faits cliniques sont extraits d'une communication que notre distingué collègue a faite à l'Académie de Médecine dès 1888, et d'un travail paru dans les *Archives de Médecine*, en 1890.

Parmi les complications étrangères à l'appareil respiratoire, Alison avait, dès 1887, insisté sur les relations étiologiques et symptomatiques de la grippe avec la *lithiase biliaire*. Donc, notre compatriote a été l'un des premiers, et

Digitized by Google

cela avant les auteurs allemands, à signaler la lithiase biliaire d'origine infectieuse. Il a encore fourni quelques observations de *méningite grippale*, il a insisté sur les cas où l'on constate une *augmentation de volume du foie*, sur les modifications des urines et surtout sur l'*urobilinurie* grippale que M. Hayem a mentionnée deux ans après, ignorant sans doute les recherches de M. Alison à ce sujet, puisqu'il ne les a pas pas citées. Nous insistons sur ce fait, parce que M. Huchard, dans sa récente communication à l'Académie de Médecine, sur la grippe (*Journal des Praticiens* 1900 n° 10) a attribué à M. Hayem et d'après lui, ce qui appartient à M. Alison. Pour ce dernier auteur, « l'état gastrique, la fièvre ataxo-adynamique, les complications thoraciques, sont les principales causes déterminantes de l'abondance dans les urines de l'urobiline et des pigments biliaires modifiés. » Enfin, M. Alison, en s'appuyant sur 25 observations, a constaté, dans le cours de la grippe, « une élévation de température dans les parties périphériques, comprise entre un et deux degrés et demi, et cela, alors que la température rectale et axillaire est restée normale. »

Quoiqu'ils aient été observés ou signalés dès 1888, tous ces faits sont d'actualité, ils font honneur à la sagacité clinique du Dr Alison, et le phénomène de l'urobilinurie grippale a été tout d'abord signalé par lui, non par M. Hayem, qui l'a mentionnée deux ans après. — R. D.

Valeur de l'acide chlorhydrique dit combiné C.— L'acide chlorhydrique, dit combiné C., c'est-à dire résistant à l'évaporation au bain-marie à 100°, pendant une heure, après dessiccation, ne peut mesurer l'intensité de la peptonisation, ni donner la véritable mesure du travail utile de l'estomac; car il se produit par une action purement chimique qui n'a rien de digestif, comme le Dr Frémont l'a démontré. Ainsi de l'acide chlorhydrique quelconque mis au contact d'une substance albuminoïde (sang, jus de viande, blanc d'œuf), devient combiné instantanément. L'acide acétique si volatil, placé dans les mêmes conditions, se comporte de la même manière. — R. D

Gastrite aiguë ulcéreuse et ses rapports avec la maladie de Cruveilhier. — La gastrite ulcéreuse aiguë, d'après M. le Dr Got (*Th. Paris*, 1900), ne dépend pas nécessairement d'infections générales, transmettant leur pouvoir morbide par voie sanguine ou lymphatique, et on trouve des exemples où les lésions se sont développées sur place.

D'autre part, il est patent que les follicules lymphatiques normaux de la muqueuse de cet organe, prennent dans ces cas, une importance pathologique réelle, sinon prépondérante, et que si l'hypothèse de Cruveilhier de l'inflammation gastrique ne se vérifie pas entièrement quant à leur rôle, elle est partiellement vraie. Ces follicules, ou conglomérats lymphatiques pour mieux dire, admis par la plupart des auteurs, niés par quelques-uns, discutés quant au fait de leur constance normale, par d'autres, sont constants. Ce n'est pas à eux seuls, à leur mode réactionnel propre qu'il faut reporter la gravité possible des érosions les plus superficielles de la muqueuse de l'estomac : ils y contribuent. La progression de ces lésions ne tient pas tant à l'action du suc gastrique qu'à la cause même qui en a déterminé l'apparition et cela par ses conséquences immédiates et directes.

Ces accidents anatomo-pathologiques, lorsqu'ils sont sous la dépendance d'un processus aigu, coïncidant avec des symptômes dont la fièvre est le plus bénin, dont l'hémorrhagie et la perforation sont les plus graves.

Les manifestations d'ordre général n'ont pas paru précéder, dans les observations de M. Got, mais accompagner et suivre les manifestations locales.

Le caractère de cette maladie ne doit pas être cherché dans l'hémorrhagie qui, pour être le symptôme le plus éclatant, n'est pas indispensable. Elle se montre à titre d'accident sous la dépendance de deux causes déterminantes : l'acuité du processus, la présence éventuelle au niveau même de l'érosion, d'une branche artérielle sous-muqueuse importante. Cette marche rapide s'explique par la nature des tissus et leur mode biologique de réaction morbide permettant la liquéfaction rapide du tissu muqueux et d'autre part l'abrasion de l'artère avant que l'épaississement et la thrombose du vaisseau aient eu le temps de s'opérer. En résumé, s'il y a souvent infection généralisée, il peut y avoir inoculation directe, enfin gastrite totale avec prédominance localisée.

Les notions anatomo-pathologiques et cliniques entraînent pour la prophylaxie et le traitement, quelques considérations importantes. Une partie d'entre elles ont été énoncées, l'expérience montre qu'elles n'ont pas été universellement retenues.

Tout accident fébrile à point de départ gastrique peut faire craindre l'apparition de lésions ulcératives ; en tous cas, c'est au cours d'accidents de ce genre qu'on a pu assister plusieurs fois à la formation d'ulcères aigus.

Les caractères septiques de ces lésions veulent que l'antisepsie fasse partie intégrante du traitement de ces états dénommés sous une rubrique générale : embarras gastriques fébriles.

Rien ne démontre d'une façon absolue, mais tout nous permet de supposer, que c'est au cours d'états de ce genre que se produisent ces déterminations infectieuses ou septiques, que traduisent les érosions aiguës.

Le repos dans ce cas est indiqué, repos de l'organe, repos général.

Repos de l'organe : parce que, outre les inconvénients de la mobilisation de la plaie et de la congestion locale, qu'on évite, la diète est peut-être un des meilleurs moyens de diminuer la richesse de la flore gastrique, sans parler de la suppression des vomissements.

La diète doit être absolue et se continuer plusieurs jours après la cessation des symptômes aigus, surtout quand il y

Digitized by Google

a eu hémorrhagie. La persistance et le renouvellement des hématémèses peuvent ne tenir qu'à une alimentation intempestive et mal combinée.

L'inanition n'est pas à craindre, on peut d'ailleurs utiliser les voies rectales et sous-cutanées.

Repos général : parce que l'effort paraît avoir fait partie des causes déterminantes de l'hémorrhagie dans plusieurs cas, et que, d'autre part, le mouvement doit gêner la cicatrisation ou favoriser les ruptures vasculaires.

On doit employer pour lutter contre l'hémorrhagie, tous les moyens d'hémostase, parce que la petitesse et la nature des lésions montrent que ces moyens sont loin d'être condamnés d'avance.

L'intervention chirurgicale n'est indiquée qu'en dernier ressort, si les grandes hémorrhagies persistent ou récidivent après traitement, cela pour plusieurs raisons ; ses difficultés pratiques, son inutilité fréquente jusqu'à présent, et ce fait que les érosions hémorrhagiques peuvent être multiples et à des degrés divers d'évolution, enfin que l'opération guérit l'accident, mais ne change rien à la cause.

Les accidents aigus terminés, on doit considérer le malade comme atteint d'une lésion difficile à cicatriser et ensuite d'une cicatrice fragile, et ménager longtemps ses fonctions digestives, les érosions les plus ténues pouvant être le début d'un ulcère rond.

« Du reste, disait Cruveilhier, il n'est pas douteux que les ulcérations et les érosions hémorrhagiques ne soient susceptibles de guérison, à l'aide d'un régime approprié. Pour les maladies de l'estomac, c'est presque toujours un traitement négatif, c'est l'absence de tout stimulant. Que de choses l'on guérit par le régime ! »

Le mécanisme des gastrites aiguës, leur nature reste à déterminer ; l'agent qui les tient sous sa dépendance est-il unique ? Quel est-il ? C'est ce qu'on ne saurait pour le moment déterminer.

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'estomac biloculaire. — On désigne sous ce nom une déformation permanente de l'estomac congénitale ou acquise, consistant dans le rétrécissement d'une de ses portions ; l'estomac est divisé en deux cavités plus ou moins bien dessinées; ainsi sont éliminées les biloculations temporaires, physiologiques, ou pathologiques. L'étude de cette affection est de date récente ; Chabrié en 1894, Perret en 1895. Marion en 1897, y consacrèrent des travaux intéressants ; A. Guillemot vient de mettre la question au point dans une excellente thèse (*Paris* 99).

Au point de vue pathogénique, il faut distinguer deux variétés : l'estomac biloculaire congénital, l'estomac biloculaire acquis. La première variété, niée par quelques auteurs, est admise par la plupart sans qu'on puisse en donner une explication satisfaisante ; elle serait due soit à une anomalie de régression, soit à un arrêt de développement. La variété acquise a reçu différentes interprétations. La théorie physiologique l'explique par la contraction musculaire ; il n'est pas niable que cette contraction puisse produire la biloculation de l'estomac, mais alors la déformation est passagère et non permanente et l'insufflation la fait disparaître.

La théorie mécanique a réuni plusieurs partisans; la constriction serait exercée par le ligament supérieur du foie ou par le lobe gauche du foie, mais surtout par les côtes gauches (corset, ceintures, etc.) ; cette explication ne peut être admise que dans un petit nombre de cas.

C'est à la théorie pathologique que s'est ralliée la majorité des auteurs ; la biloculation résulterait de la cicatrisation d'un ulcère simple de l'estomac. En effet, dans la plupart des cas, on retrouve dans les antécédents, les signes de l'ulcère ; de plus, au point de vue anatomique, on se trouve en présence de faits analogues à ceux qu'on rencontre dans les sténoses pyloriques d'origine cicatricielle. Enfin l'estomac biloculaire se rencontre le plus souvent chez la femme entre 25 et 50 ans.

Cliniquement, l'estomac biloculaire peut ne donner lieu à aucun symptôme et n'être trouvé qu'à l'autopsie ; c'est presque la règle dans les rétrécissements congénitaux, c'est l'exception dans la variété acquise.

Dans une première phase on observe des signes de gastrite ulcéreuse ; douleurs, surtout au moment de la digestion, localisées à l'épigastre, s'irradiant vers la poitrine et le dos, vomissements alimentaires, muqueux, bilieux, atténuant parfois la douleur, hématémèses avec ou sans mélæna, constipation, hyperchlorhydrie. L'état général s'altère de plus en plus ; cependant, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement, la guérison peut survenir ; le plus souvent, elle n'est pas définitive et la récidive apparaît.

A cette phase de préparation de la lésion succède la période de sténose qui se traduit par les symptômes suivants. Les vomissements ont des caractères particuliers, ils renferment des aliments ingérés plusieurs jours auparavant, indiquant par conséquent qu'il y a de la stase gastrique.

L'inspection et la palpation ne donnent que peu de renseignements ; le lavage de l'estomac fait à jeun fera constater la stase gastrique ; de plus, quelquefois après avoir introduit du liquide avec la sonde, on ne peut tout l'évacuer le siphon n'ayant pas cessé d'être amorcé, cependant on perçoit encore du clapotage ; c'est que le liquide s'est évacué dans la poche pylorique. Autre signe de présomption, le liquide qui ressort d'abord sale, puis plus clair, puis propre, revient, sous l'influence d'un effort, sale et mélangé d'aliments.

Mais le seul procédé qui permettra dans la plupart des cas de faire le diagnostic, c'est l'insufflation de l'estomac, qu'on obtient par l'ingestion de bicarbonate de soude et d'acide tartrique ; elle devra dans bien des cas, pour avoir une réelle valeur, être répétée.

Digitized by Google

L'évolution est le plus souvent chronique, progressive avec des périodes d'amélioration et d'aggravation, mais aboutissant fatalement à la cachexie causée par l'inanition et à la mort après 2, 3, 4 ans et plus. D'ailleurs, des complications, hémorrhagie, perforation, péritonite peuvent venir hâter la terminaison.

Le pronostic est donc très sombre, d'autant plus que le traitement médical reste sans effet ; heureusement le traitement chirurgical est plus efficace, aussi devra-t-on intervenir dès que le diagnostic sera posé.

Ses indications sont à peu près les mêmes que dans les sténoses pyloriques, c'est-à-dire les vomissements rebelles, la stase alimentaire entraînant une altération profonde de l'état général, l'hémorrhagie abondante, la perforation.

On pourra intervenir soit lorsque l'ulcère est cicatrisé, soit lorsqu'il est en pleine évolution. On fera une laparotomie médiane sus-ombilicale, et après avoir reconnu les deux poches, le rétrécissement, mesuré les dimensions approximatives du pylore, rompu des adhérences, on pourra se décider pour l'une des opérations suivantes :

La gastroplastie qui consiste à inciser le rétrécissement longitudinalement et à suturer transversalement les lèvres de la plaie. Cette opération est mauvaise ; en effet, il faut faire des incisions longues, alors que souvent l'estomac n'est pas dilaté, on enlève alors à l'estomac en longueur, ce qu'on lui rend en largeur. De plus, si l'incision n'est pas assez longue, on ne rend pas à la portion rétrécie un *calibre suffisant*. Enfin on opère sur de mauvais tissus, enflammés, sclérosés, et l'on a chance de voir survenir une récidive ou se former de nouvelles adhérences.

La gastro-anastomose se pratique au moyen de sutures ou de boutons ; elle sera réservée aux cas où la poche cardiaque sera trop petite.

Enfin la gastro-entérostomie antérieure ou postérieure sera l'opération de choix ; elle remédie au rétrécissement et est curative de l'ulcère. Cette opération a donné des résultats fonctionnels excellents et d'une façon très précoce.

J. H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Appendicite et grossesse. — M. Pinard rapporte plusieurs cas d'appendicite, observés au cours de la grossesse, dont il tire les conclusions suivantes :

L'appendicite peut être observée chez les femmes enceintes primipares ou multipares et à toutes les périodes de la grossesse.

Pendant la grossesse l'appendicite, à marche insidieuse au début, prend souvent une allure foudroyante et revêt un caractère spécial de gravité.

L'intervention opératoire aussi hâtive que possible peut seule offrir des chances de guérison. Même en face d'un cas qui paraît désespéré, en ayant le courage d'intervenir, on peut quelquefois empêcher les malades de mourir.

Il importe donc, pour empêcher l'évolution des accidents appendiculaires, de faire un diagnostic précoce de cette affection.

L'utérus gravide, pas plus que les signes dits sympathiques de la grossesse, ne masque les symptômes fondamentaux de l'appendicite. La douleur et la défense musculaire au lieu d'élection, ne font point défaut. Si l'utérus est incliné le plus souvent à droite et s'il se contracte pendant la grossesse, il faut se rappeler que les contractions normales sont indolores. Toute douleur abdominale doit donc éveiller l'attention pendant la grossesse surtout lorsqu'elle apparaît et reste localisée au niveau de la fosse iliaque droite. Si cette douleur n'est pas causée par des contractions de l'utérus, c'est à-dire, s'il n'y a pas menace d'avortement ou d'accouchement prématuré, ce qui est facile à reconnaître, immédiatement, on doit penser à la possibilité de l'existence d'une appendicite.

De même, les vomissements de la femme enceinte ont un cachet spécial dont la caractéristique est de ne pas être accompagnée ou suivie d'hyperthermie. Même dans les vomissements dits incoercibles, on constate de l'accélération du pouls, mais la température reste normale, il n'y a pas fièvre, comme l'avait dit Dubois et comme on l'a trop longtemps répété après lui.

Donc, il faut se méfier, chez les femmes enceintes, de toute indigestion provoquant des vomissements suivis de fièvre, et penser dans tous ces cas à l'appendicite.

Quant à la péritonite de la grossesse, elle a pu être décrite dans les traités classiques, elle n'existe pas en tant qu'entité morbide essentielle. A l'époque où l'on ne connaissait pas l'appendicite, les femmes enceintes mouraient, disait-on, de péritonite causée par des ruptures d'adhérences, ou des causes inconnues. Aujourd'hui, nous savons que penser des ruptures d'adhérences et de ces causes inconnues !

J'ajoute que depuis vingt-cinq ans toutes les femmes enceintes que j'ai pu voir, atteintes de péritonite et soignées médicalement, sont toutes mortes. Il en a été de même pour celles qui étaient soi-disant atteintes d'obstruction intestinale.

Quant à la rupture de l'utérus, il faut bien qu'on sache qu'en dehors des traumatismes il ne se rompt pas pendant la grossesse.

Telles sont les raisons qui me permettent de dire que le diagnostic de l'appendicite peut se faire dans la pluralité des cas chez la femme enceinte. Le point principal est de penser à la possibilité de cette affection.

Sur les abcès dysentériques du foie. — MM. Kelsh et Nimier. Le caractère fondamental de la suppuration hépatique des pays chauds réside dans sa connexion étroite avec la dysenterie.

Si cette suppuration hépatique, liée à la dysenterie, est

Digitized by Google

parfois rapide, au point de parcourir toutes ses phases en 2 ou 3 semaines, avec tous les symptômes généraux de la réaction phlegmasique la plus vive, il s'en faut de beaucoup que ce soient les allures classiques de ce processus. Les signes de la détermination hépatique apparaissent souvent des semaines, des mois et parfois des années après la dysenterie. Ils affectent parfois au début le mode aigu, plus souvent ils présentent d'emblée et conservent ultérieurement les caractères de la chronicité, évoluant en silence, au point de se dérober totalement à l'observation pendant la plus grande partie de leur décours. Il est donc permis de dire que les suppurations dysentériques du foie ont des allures spéciales, rappelant celles des abcès froids tuberculeux.

La dysenterie et l'hépatite sont intimement liées l'une à l'autre, sans ordre chronologique toutefois, car l'hépatite peut précéder la dysenterie, et réciproquement. Jusqu'ici le germe pathogène de ces deux affections n'a pu être isolé.

Un cas d'obésité traité avec succès. — M. Debove présente un homme de 55 ans, qui était obèse, auquel il a fait subir avec succès une cure d'amaigrissement. A son entrée à l'hôpital, il pesait 148 kilogr., un an après il ne pèse plus que 93 kilogr.; il a donc perdu 54 kilogr., plus d'un tiers de son poids, plus d'un kilogr. par semaine. Cet homme était goutteux, graveleux et légèrement albuminurique. Le traitement a d'abord consisté pendant 7 mois dans l'emploi exclusif du lait dont il prit de 2 litres et demi à un demi-litre par jour; puis à partir de novembre, comme il ne maigrissait plus par ce régime, dans l'emploi des légumes verts, salades herbacées, fruits crus à discrétion et eau, sous l'influence de ce régime le poids est tombé à 93 kilogr., et tous les accidents goutteux ont disparu. — *(6 mars.)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Sur la médication cacodylique. — M. A. Gautier (voir cette communication p. 165.).

M. Danlos. — Les résultats obtenus par M. Dalché avec de petites doses de cacodylate de soude montrent l'utilité de la médication dans les cas de phtisie torpide. Mon expérience personnelle et celle de plusieurs observateurs qui m'ont écrit à ce sujet peut se résumer ainsi : action inconstante mais souvent très remarquable sur l'état général; augmentation considérable des forces et de l'embonpoint ; action inappréciable ou nulle sur les phénomènes stéthoscopiques. C'est du reste à peu près ce qu'avait dit M. Renaut, de Lyon. Pour lui, c'est à la période prétuberculeuse que l'acide cacodylique se montre tout-puissant; autrement dit, il prévient la tuberculose imminente plutôt qu'il ne guérit la tuberculose confirmée.

A faible dose, l'acide cacodylique peut être donné par l'estomac; cependant la voie hypodermique me semble préférable.

MM. Widal et Merklen. — Nous avons fait usage du cacodylate de soude en injections sous-cutanées à la dose quotidienne de 5 à 10 centigr. chez les sujets atteints d'affections diverses, mais surtout chez des tuberculeux et des leucocythémiques.

Chez des tuberculeux avancés, la médication n'a pas eu grande action. Par contre, chez des tuberculeux au début, ne présentant que des lésions encore localisées, le cacodylate a relevé rapidement l'appétit et les forces et s'est montré un excellent adjuvant des divers traitements tentés contre la tuberculose.

Administré chez deux leucocythémique, il a réveillé, pendant un temps, l'appétit et l'énergie, mais est resté sans effet sur l'évolution générale de la maladie.

Les recherches faites sur le sang de malades atteints d'affections les plus diverses nous ont montré que le cacodylate de soude était sans action sur le nombre des globules blancs. Il n'en est pas de même des globules rouges, dont le nombre augmente dans des proportions considérables sous l'influence de ce médicament.

M. Hayem. — La médication cacodylique me semble surtout indiquée, lorsqu'il s'agit de relever l'état précaire de la nutrition générale. Les faits que j'ai observés dans la tuberculose sont encourageants, mais trop peu nombreux pour formuler une opinion sur la valeur du médicament.

Je l'ai également essayé dans la chlorose mais sans résultat nettement favorable.

M. Rendu. — Les injections sous cutanées de cacodylate que j'ai employées chez des tuberculeux ont donné un regain d'appétit et de vigueur à ces malades.

Chez d'autres, les pilules de cacodylate ont provoqué au bout de huit jours de l'anorexie, de la diarrhée et une odeur alliacée de l'haleine, absolument insupportable.

La voie hypodermique me semble donc préférable pour administrer ce médicament ainsi que le recommande M. Gautier.

M. Barth. — J'ai observé chez des tuberculeux les mêmes bons effets du cacodylate de soude en injections sous-cutanées et les mêmes inconvénients lorsqu'il était administré par la bouche. Il n'est pas douteux que la méthode hypodermique soit la seule à conseiller.

Ascite Lactescente. — M. Variot rapporte deux cas d'ascite lactescente, observés chez deux enfants atteints de néphrite chronique, et soumis au régime lacté. Le liquide ascitique contenait de nombreuses molécules de graisse, qui lui donnaient son aspect opalescent; il en était de même du sérum sanguin. Il s'agissait donc dans ces deux cas d'une veritable chylurie. — *(2 mars.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De la pylorectomie. — M. Hartmann, L'opportunité du traitement chirurgical du cancer du pylore n'est plus discutable aujourd'hui. L'ablation de la totalité des parties envahies s'impose à une période aussi rapprochée que possible du début de l'affection. Le pronostic de la pylorectomie faite dans ces conditions, est moins grave que celui de l'hystérectomie abdominale pour fibromes utérins. Mais pour ne laisser aucune lésion néoplasique dans l'abdomen et éviter les chances de récidive, il faut savoir que le cancer du pylore se propage peu vers le duodénum, il s'étend surtout vers l'estomac et en particulier vers la petite courbure et envahit le plus souvent les ganglions lymphatiques, en particulier ceux qui siègent vers la petite courbure.

Si l'on veut donc, dans un cancer du pylore même peu avancé, enlever la totalité des parties envahies, de manière

Digitized by Google

à éviter la récidive, il faut faire sur l'estomac des résections étendues, enlever presque la totalité de la petite courbure et les ganglions qui s y trouvent.

Sur le traitement des fractures. — M. Reynier. On sait depuis longtemps, même avant l'examen radiographique, que la correction absolue est très difficile à obtenir dans les fractures et, en somme, fort rare. Les chirurgiens ne l'ont jamais cherchée; quand on réduit une fracture on ne s'efforce pas de mettre les fragments bout à bout, mais à les mettre en bonne position, c'est-à-dire dans l'axe du membre, ce qui n'est pas la même chose.

Aussi peu importe que des clients mécontents viennent montrer au chirurgien des radiographies où les fragments chevauchent ; s'ils marchent sans boiter, sans souffrir, peu doit leur importer la forme, à moins qu'elle ne soit disgracieuse ou gênante par la pointe d'un fragment, du moment qu'ils ont la fonction.

Ce n'est pas ce genre de service qu'il faut demander à la radiographie. Grâce à elle, nous pouvons reconnaître des fractures autrefois reconnues ; telles sont les arrachements osseux dans les entorses. Elle nous donne encore la possibilité de corriger certaines fractures, dont la réduction à l'œil nu, paraissait bien faite et qui cependant était insuffisante. Aussi, n'est-ce pas seulement avant ou après la réduction, mais pendant l'immobilisation même qu'il est utile de faire la radiographie.

Mais la radiographie a besoin d'être interprétée et, si *elle nous* paraît défectueuse à l'heure actuelle, c'est parce que nous ne sommes pas encore familiarisés avec ses épreuves.

Pour une même fracture, suivant la position du foyer lumineux, on obtient des images radiographiques absolument différentes. Ces images, en effet, ne sont que des projections, des ombres, dont le déplacement du foyer lumineux fera varier la variété et la forme. Il importe donc, pour bien interpréter une épreuve radiographique de savoir dans quelle position, sous quel angle elle a été prise ; de cette façon, on évitera toute cause d'erreur dans son interprétation.

M. Kirmisson. — On a trop oublié que la radiographie ne nous fournit pas d'images vraies, mais seulement des ombres dont les dimensions varient singulièrement suivant l'éloignement et la direction de la source lumineuse.

Il est indispensable de rappeler que la perfection de la forme n'est pas nécessaire au bon fonctionnement du membre après la guérison d'une fracture. Sans doute le rétablissement parfait de la forme et des fonctions du membre est l'idéal, dont nous devons nous rapprocher le plus possible: mais cet idéal est loin d'être toujours atteint, et cela sans qu'il en résulte pour le malade un inconvénient réel.

Pneumotomie pour ectasies bronchiques multiples. — M. Tuffier présente un homme de 29 ans auquel il a pratiqué la pneumotomie pour des dilatations bronchiques ampullaires, consécutives à une pleurésie interlobaire avec gangrène probable de la muqueuse bronchique — guérison opératoire — résultat satisfaisant, diminution de la sécrétion bronchique. *(28 février.)*

BIBLIOGRAPHIE

La peste et son microbe, par M. Netter, agrégé de la Faculté. 1 vol. chez Carré et Naud, éditeurs.

Nous ne pouvons ni ne devons juger ce travail qui traite si clairement et met si nettement au point la question de la peste. A tous point de vue, en tant qu'hygiéniste et en tant que bactériologiste distingué, M. Netter était tout désigné pour fixer l'état de la science à ce sujet, et nous devons dire qu'il s'en est acquitté d'une façon tout à fait remarquable. C'est donc avec la plus entière confiance que nous recommandons la lecture de ce travail sur une question dont l'actualité est toujours menaçante, et nos lecteurs s'associeront à nous pour rendre hommage à l'auteur de cette intéressante monographie. — M. Deguy.

La peste, par le Dr Bourges, chef du laboratoire d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. de l'Œuvre médico-chirurgical. Masson, éditeur.

Il n'est pas étonnant de voir les travaux se multiplier sur cette question toute d'actualité. Nous venons déjà de parler de la monographie de M. Netter ; et nous devons maintenant présenter à nos lecteurs celle de M. Bouges qui est également bonne, et met la question au point. Comme en l'occurrence, abondance de bien et de renseignements ne nuit pas, nous croyons que ces deux monographies se complètent l'une l'autre et qu'il est bon de les lire toutes deux. Nos lecteurs pourront ainsi avoir des connaissances suffisantes sur la question dont nous n'avons, dans ce journal, que donné un aperçu sommaire (Voir *Journal des Praticiens*, 1899) quoique suffisant en pratique. — M. D.

Les méthodes de préparation et de coloration du système nerveux, par Bernard Pollack. Traduit de l'allemand par M. Jean Nicolaidi, externe des hôpitaux, avec préface de P.-E. Launois, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine. 1 vol. in-8° carré, de XIV-212 pages. Prix : 5 francs. Chez Carré et Naud, éditeurs.

Nous recommandons très vivement ce travail à tous ceux qui s'intéressent à l'histologie du système nerveux, ils y trouveront tous les renseignements possibles et pratiques sur la technique à employer. Ce livre ne peut s'analyser, c'est un compendium de recherches et qui facilitera beaucoup l'étude du système nerveux. — S. R.

Cancer et tuberculose, par le Dr H. Claude, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. de la collection des actualités médicales. Chez Baillière, éditeur.

La coexistence du cancer et de la tuberculose est un fait réel que nos connaissances de pathologie générale nous permettent d'essayer d'interpréter. Nous savons à l'heure actuelle que, loin de s'exclure l'un l'autre de l'organisme, les deux maladies peuvent non seulement se développer sur les divers appareils d'un même individu, mais s'implanter sur la même région. C'est l'étude des diverses modalités suivant lesquelles peuvent se combiner le cancer et la tuberculose, quand ils se développent sur une même partie de l'organisme, que M. le Dr Claude a eu en vue dans cette monographie.

Ces problèmes de pathologie complexe qui offrent un si grand intérêt au point de vue de l'histologie pathologique ne sont pas sans importance pratique.

L'évolution, le pronostic et le traitement de ces néoplasmes mixtes, encore si peu connus, peuvent être très différents de ceux des lésions simples auxquelles on peut supposer avoir affaire.

Digitized by Google

Tableaux synoptiques de médecine opératoire, par le Dr Lavarède, chez Baillière. Prix : 6 francs.

Ce nouveau volume est très intéressant; on y trouve réunis en tableaux synoptiques les procédés opératoires qui conviennent à chaque opération : les ligatures artérielles, les amputations, les résections, sont décrites d'une façon très claire et très précise. Un certain nombre de figures rendent ces tableaux plus démonstratifs et servent à fixer dans la mémoire de nombreux détails.

Une large place est donnée aux opérations qui se pratiquent sur les tissus et les organes. Cette partie sera utile à l'élève qui voudra comprendre et suivre avec fruit les différents temps de l'opération qu'il voit pratiquer à l'hôpital; au praticien qui aura à pratiquer lui-même quelques-uns de ces actes chirurgicaux et voudra se remettre en mémoire les règles opératoires qui les régissent; au chirurgien enfin qui, ayant quitté l'école, voudra se tenir au courant des progrès de la chirurgie contemporaine.

Les maladies de l'urèthre et de la vessie chez la femme, par le Dr G. Kolischer, traduit de l'allemand par le Dr O. Beuttner, 1 vol. in-12 de la *Collection médicale*, cartonné à l'anglaise, 4 fr. (Félix Alcan, éditeur.)

Aucun ouvrage spécial concernant les maladies de la vessie chez la femme n'existait jusqu'à présent. Le Dr Beuttner a donc rendu un véritable service à la science en traduisant le volume de Kolischer, volume dans lequel celui-ci traite avec la plus grande compétence de tout ce qui a trait d'une manière spéciale aux maladies de cet organe. Il comble ainsi une lacune qui existait jusqu'ici dans le domaine de la pathologie.

Ce petit volume est la mise en lumière des théories de Schauta, qui voua dans sa clinique de Vienne une attention particulière aux maladies des organes urinaires de la femme. L'auteur débute par les règles générales de l'examen de l'urèthre et de la vessie, puis il étudie les diverses maladies de ces organes. L'incontinence, énurésis, uréthrite, rétrécissement, calculs uréthraux, catarrhe, œdème, inflammation, cystites gonorrhéique et tuberculeuse, calculs vésicaux, hémorrhoïdes, hernies, pneumaturies, ruptures, sont successivement examinés par le docteur Kolischer, qui s'appuie pour cela sur des procédés encore peu connus jusqu'ici.

ACTUALITÉS

Les dernières promotions dans la Légion d'honneur

Sous ce titre et avec la signature du Dr de Lavarenne, on lit l'article suivant dans le no du 7 mars 1900 de la *Presse médicale :*

Le 8 Février dernier, le Président de la République visitait l'hôpital des Enfants-Malades pour l'inauguration de deux pavillons d'isolement. Le lendemain, le *Figaro* consacrait à cette visite un article compte-rendu; nous en détachons ce passage :

« En quelques mots, le Directeur de l'Assistance publique, présentant au Président de la République le personnel de l'hôpital les surveillantes médaillées, a dit le dévouement de ces humbles et vaillantes collaboratrices de la charité, auxquelles, d'ailleurs, les plus éminents praticiens en cet hôpital même donnent l'exemple. « Le Président a répondu en manifestant sa satisfaction de la visite qu'il venait de faire, en félicitant le personnel de l'hôpital et ses médecins, qui tous, même les plus illustres, tiennent à commencer leur journée en apportant chaque matin leur science et leurs soins d'abord aux pauvres. »

Quelques jours après paraissaient les promotions faites dans la Légion d'honneur par le Ministère de l'Intérieur, dont dépendent les services de l'Assistance publique. Nous y relevons :

Médecins des hôpitaux de Paris	..	..	0
Chirurgiens —	—	.....	0
Accoucheurs —	—	.....	1

Une croix de chevalier pour un personnel de 124 médecins, 66 chirurgiens, 19 accoucheurs en exercice venant chaque matin prodiguer « leur science et leurs soins d'abord aux pauvres »!! Je crois bien que c'est la première fois que le gouvernement se montre si avare pour le corps médical des hôpitaux.

Cependant, médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris, nommés à la suite de concours des plus difficiles, prodiguant *gratuitement* leurs soins aux indigents, constituent une élite dont le gouvernement ne peut récompenser les services autrement que par des promotions dans la Légion d'honneur.

Pourquoi, cette année, s'est-il montré si parcimonieux? Je l'ignore. En tout cas, le fait ne pouvait pas ne pas être relevé. Il étonnera d'autant plus, qu'en feuilletant l'*état du personnel médical des hôpitaux et hospices*, qui donne la liste des médecins, chirurgiens et accoucheurs, avec leur âge et leur ancienneté de service, avec leurs grades dans la Légion d'honneur, on s'aperçoit bien vite que, si les ministres qui se sont succédé ont reconnu les services longuement rendus et su récompenser comme ils devaient le faire, certains travaux spéciaux, ils ont cependant commis certains oublis qu'il ne serait que temps de réparer.

Lorsque, lors des Congrès Internationaux, viendront à Paris les savants et médecins du monde entier, ceux-ci s'étonneront sans doute que, dans notre pays où devrait régner l'intégrale justice républicaine, le ruban rouge ne soit pas sur la poitrine d'hommes qui ont, pour une large part, contribué à notre renom scientifique et sont, en même temps, l'honneur de notre profession.

Le signataire de cet article a raison de constater le fait; il a tort de s'en étonner et de s'en émouvoir. Il ignore, dit-il, pourquoi le Gouvernement « s'est montré si parcimonieux » à l'égard de nos collègues des hôpitaux. Je vais le lui dire, et lui en donner les deux raisons :

1° On a osé avouer que les promotions dans la Légion d'honneur ne paraîtraient qu'après les élections sénatoriales. Il s'agit donc de *décorations électorales* avec lesquelles le Corps médical des hôpitaux n'a rien à faire, ce dont on ne saurait trop le féliciter;

2° Sur la croix de la Légion d'honneur, sont gravés ces deux mots : *Honneur et patrie.* Ces deux mots ont changé de sens depuis longtemps déjà, ils ne doivent plus être écrits au singulier, ils sont au pluriel — H. Huchard.

Nomination dans la Légion d'honneur. — Notre éminent collaborateur M. P. Bar, l'accoucheur si distingué, vient d'être promu au titre de chevalier de la Légion d'honneur. Tous nos lecteurs voudront se joindre à nous pour exprimer à M. Bar toutes nos sympathies et tous nos compliments. — M. D.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 267, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker. — Dr MAUCLAIRE, *agrégé, chirurgien des hôpitaux*

Prolapsus génitaux. — Colporrhaphie antérieure et colpopérinéorraphie — Fixation des ligaments ronds raccourcis par des nouures multiples

Dans le pavillon de gynécologie du service de M. le professeur Le Dentu, nous avons en ce moment un type de malade que vous rencontrerez souvent dans votre pratique. Il s'agit d'une forte femme, de bonne santé en apparence, mais elle se considère comme une infirme, et elle nous raconte volontiers son histoire clinique de la façon suivante :

Dans son passé, elle ne se plaint que d'une chose, c'est d'avoir été épuisée par de nombreux accouchements et elle revient souvent avec insistance sur cette donnée étiologique. Cette femme n'a jamais été malade à proprement parler, mais elle a eu cinq accouchements très rapprochés les uns des autres et dont deux auraient été très difficiles. Elle a nourri tous ses enfants ; de plus, elle est journalière et se trouva forcée de faire des ménages même pendant ses grossesses. C'est à la suite de ses dernières couches, c'est-à-dire il y a quatre ans, qu'elle a ressenti les symptômes d'une ptose généralisée. C'est ainsi qu'après l'accouchement l'abdomen est resté assez volumineux sans qu'il y ait cependant d'éventration de la ligne blanche, ce que j'ai déjà observé chez des femmes à ptose généralisée.

Pendant la marche, elle ressentait une pesanteur périnéale, aussi était-elle rapidement fatiguée et, malgré son grand courage, elle fut obligée de diminuer la durée de ses occupations journalières. Les règles étaient assez régulières cependant et il y a deux ans la malade a eu des métrorrhagies et, depuis, les pertes blanches sont assez abondantes. Notre malade avait en même temps des douleurs lombaires, des points douloureux disséminés un peu partout, le long de la crête iliaque, dans le pli inguinal, le long des cuisses. Les digestions sont mauvaises ; la constipation presque continuelle ; enfin les métrorrhagies sont reparues ces jours-ci et en présence de tout cet ensemble pathologique, la malade est entrée dans le service, décidée à subir une opération s'il y avait lieu, car, dit-elle, elle a besoin d'être bien portante pour pouvoir gagner sa vie, et, actuellement, elle se considère comme une infirme.

Examinons maintenant cette malade. — Déjà son abdomen très étalé, flasque, ridé, mais sans hernies, attire notre attention, de même que ses varices des membres inférieurs. Quand la malade est couchée sur la table du spéculum, la vulve largement béante laisse apercevoir en procidence les parois antérieure et postérieure du vagin avec leur muqueuse cutanisée. Dans les efforts de toux, la saillie de ces parois devient plus marquée au point qu'elles viennent se mettre en contact en débordant le col utérin qui les sépare. Celui-ci est à « fleur de vulve », pourrait-on dire ; il est augmenté de volume, comme étalé, boursouflé ; la couleur est conservée ; au toucher il est induré. A son centre, l'orifice du col est transversal, avec une déchirure à gauche, mais sans érosions bordantes de la muqueuse.

Par le toucher vaginal, le doigt repousse l'utérus procident ; il suit les contours du col hypertrophié ; il pénètre dans les culs-de-sac et constate qu'ils ne sont pas déformés ; ils sont souples et dépressibles, quand le doigt se dirige soit vers la concavité sacrée soit vers le détroit supérieur, abaissés et peu profonds.

Par le toucher vaginal combiné au palper abdominal, on reconnaît que les annexes ne sont pas augmentées de volume, elles ne sont pas douloureuses. De plus, ce procédé d'exploration permet de sentir très profondément dans le pelvis le fond de l'utérus, quand dans les mouvements d'expiration la main déprime très fortement la région hypogastrique, encore faut-il qu'avec le doigt vaginal on remonte l'utérus abaissé. Quoi qu'il en soit, par cette exploration je constate que la longueur de l'utérus est normale ce qui, comme nous le verrons, a de l'importance au point de vue du diagnostic de l'hypertrophie sus-vaginale du col utérin. En outre, l'utérus n'est pas dévié ; il n'est pas en rétroflexion. En passant je vous conseille de faire au préalable uriner les malades avant de les examiner, cette petite précaution vous permettra dans des cas difficiles de bien sentir le fond de l'utérus.

Notre malade ayant eu ses règles devant nous, nous avons fait l'hystérométrie de la cavité utérine ; la longueur de celle-ci est de huit centimètres. J'ajouterai qu'en tirant sur le col utérin on augmente encore un peu le prolapsus et que, en repoussant le col, on réduit l'abaissement de l'utérus.

L'exploration aseptique de l'urèthre et de la vessie nous démontre que le calibre de l'urèthre est normal et que sa paroi inférieure n'est pas dilatée ; de plus la vessie qui est en léger prolapsus vaginal est jointe à la descente de la paroi vaginale antérieure, elle constitue le prolapsus vaginal antérieur. Enfin, par le toucher rectal, j'ai bien senti la face postérieure non augmentée de longueur de l'utérus procident. Le doigt étant recourbé en crochet en avant, j'ai pu augmenter devant vous la saillie du colpocèle postérieur compliqué de rectocèle ; c'est donc bien et la paroi vaginale et la paroi rectale qui sont en prolapsus vaginal postérieur. En pratiquant cette ma-

Digitized by Google

nœuvre, je vous ai fait remarquer combien le périnée était court, flasque, peu résistant et sa musculature très compromise.

J'ai fait marcher la malade devant vous, je l'ai fait accroupir et même pendant les efforts de toux, le col utérin n'est pas descendu au-dessous de la vulve, mais il apparaît au niveau de la vulve, c'est le deuxième degré du prolapsus utérin, le premier degré étant représenté par le simple abaissement ; chez notre malade la portion vaginale du col arrive au contact du plancher périnéal sans apparaître hors de la vulve. Quant au troisième degré, c'est la chute extra-vulvaire de l'utérus ; ici l'organe pend plus ou moins entre les cuisses. Notre malade n'en n'est pas encore là, mais cela surviendrait peut-être bientôt.

Les troubles fonctionnels sont ceux que je vous ai déjà signalés ; ce sont des pertes blanches, des métrorrhagies, des douleurs lombaires, une sorte de pesanteur pendant la marche, de la dcspepsie flatulente, de la constipation, pas de troubles de la miction. C'est une fatigue générale bien voisine de la neurasthénie ; la malade ne se sent bien que lorsqu'elle est couchée. Je ne vous étonnerai pas en disant que chez notre malade, il existe un rein flottant à droite, mais il n'y a pas d'hepatoptose. Quant au prolapsus graisseux de la paroi abdominale, je vous en ai déjà parlé de même que des varices.

Tout ce tableau symptomatique éclaire facilement le *diagnostic*. Nous sommes en présence d'une *déséquilibrée du ventre*, puisqu'elle présente de la ptose viscérale généralisée ; cette malade est aussi *déséquilibrée du périnée*, puisque tous les organes de cette région sont plus ou moins déplacés.

Ainsi le prolapsus vaginal antérieur est bien formé par le prolapsus et de la paroi vaginale antérieure et de la vessie. Ce n'est pas une simple colpocèle antérieure, c'est-à-dire un prolapsus de la paroi vaginale sans prolapsus concomittant de la vessie. Ce n'est pas non plus une uréthrocèle. Celle-ci se reconnaît, en effet, par le simple cathérisme de l'uréthre.

Le simple toucher rectal nous a permis d'affirmer l'existence d'un prolapsus vaginal postérieur, formé par la chute et de la paroi vaginale postérieure et de la paroi rectale antérieure. C'est qu'il peut y avoir colpocèle postérieure sans rectocèle. La déchirure ancienne du périnée est également évidente. Il en est de même du prolapsus de l'utérus, de l'utéroptose. Mais il nous faut savoir si celui-ci est hypertrophié.

La portion vaginale du col est un peu hypertrophiée ; cependant, le palper hypograstrique, l'hystérométrie et, enfin, le toucher rectal nous permettent d'affirmer que nous ne sommes pas en présence de l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus bien décrit par Huguier, que ce gyncécologue croyait si fréquente. Vous reconnaîtrez facilement qu'il ne s'agit pas ici de l'hypertrophie pure et simple sans prolapsus concomittant de la paroi antérieure du vagin. Il ne saurait être question non plus, soit de polype, soit d'inversion utérine, soit de tumeur du vagin.

Quant à la métrite, elle est évidente, étant données les métrorrhagies, les pertes blanches. Elle est, d'ailleurs, de règle chez les malades de ce genre. Cela tient peut-être à ce que l'utérus prolabé s'infecte assez facilement.

Quelles sont, en général, les causes de ces prolapsus génitaux?

Il y a, tout d'abord, une certaine prédisposition individuelle. Cela n'est pas douteux, et vous avez déjà assez souvent constaté, vous-mêmes, que certaines femmes sont peu déformées après un ou plusieurs accouchements. C'est à peine si, en les examinant de près, on pourrait trouver des vergetures ; leur vulve, leur périnée sont également bien peu distendus. Ces favorisées sont rares, assurément, car, bien des femmes, malgré toute espèce de ceintures abdominales, portées pendant toute leur grossesse, sont atteintes de ptose abdominale et pelvienne, sans que les conditions de l'accouchement, telle que la durée ou encore le volume de l'enfant puissent être invoqués.

En somme, il y a des femmes aux chairs molles, prédestinées à ce relâchement de tous les tissus constituant le contenant et le contenu de l'abdomen et notre malade appartient à cette catégorie de femmes.

Une cause étiologique qui a son importance, réside dans ce fait que, par nécessité, beaucoup de femmes pauvres se lèvent trop tôt après leurs couches, c'est-à-dire bien avant la fin de l'involution utérine, et c'est le cas de notre malade. Les déchirures cutanées et sous-cutanées du périnée ont aussi leur influence, sans aucun doute, comme bien vous le pensez.

Néanmoins, l'accouchement n'est pas la seule cause à invoquer, car les ptoses génitales existent chez des femmes qui n'ont pas eu d'accouchements et même chez des vierges. Puech en a rapporté des exemples.— Il faut donc faire intervenir d'autres causes. Ce sont les stations prolongées debout, ce sont les efforts et, en effet, il y a des prolapsus pour ainsi dire aigus, c'est-à-dire survenant brusquement. Les ligaments qui servent de moyens de fixité et le périnée se relâchent ici brusquement, au lieu de se distendre lentement, comme dans les prolapsus de faiblesse dont le type est représenté par le prolapsus sénile si fréquent dans les asiles de vieillards, sous l'influence d'une ptose généralisée ou d'une toux fréquente, ou d'une constipation opiniâtre.

Je n'ai pas à vous rappeler les éléments consti-

Digitized by Google

tutifs de la statique utérine pour pouvoir discuter devant vous la *pathogénie* proprement dite.

La disparition de la tonicité et de l'élasticité de tous les muscles du périnée, la perte de l'élasticité des ligaments suspenseurs de l'utérus, la diminution de tension des aponévroses périnéales, et aussi du péritoine pelvien, parfois l'augmentation de volume de l'utérus n'ayant pas subi complètement l'involution, voilà les principales causes pathogéniques qui ont été indiquées.

Il ne faudrait pas croire que c'est l'utérus qui repousse toujours le vagin; quelquefois c'est le vagin qui attire l'utérus; la preuve, c'est que, après l'hystérectomie, le vagin se retourne encore et que les cas de prolapsus sans cystocèle sont rares On admet même généralement que dans les prolapsus pelviens multiples, le colpocèle antérieur est le premier en date — il attire ensuite l'utérus.

Faut-il faire jouer un rôle à la ptose viscérale généralisée qui distendrait le plancher pelvien comme elle distend la paroi abdominale? ou est-ce l'affaiblissement du périnée qui favorise la ptose viscérale! je crois que le plus souvent c'est la même cause qui provoque la ptose du contenant et du contenu. Enfin, comme pour toutes les ptoses viscérales, le corset a été encore incriminé ici, parce qu'il augmente la pression intrabdominale. Mais, combien de ptosiques *génitales* campagnardes n'ont jamais porté de corset!

Comme le dit M. Bouilly, « n'a pas un prolapsus qui veut ». Je crois volontiers que dans certains cas, il y a une prédisposition héréditaire anatomique tenant à l'angle d'inclinaison du pelvis et à la situation exacte de la vulve qui peut être plus en avant ou plus en arrière qu'à l'état normal. Or, quand la vulve est postérieure, il semble que la résultante des efforts que fait la malade doive favoriser le prolapsus génital. J'ai fait, comme M. Chaput, un grand nombre de mensurations périnéales et vulvaires et à mon avis le siège et les dimensions vulvaires ont une importance étiologique aussi grande que la ptose viscérale generalisée et le relâchement des ligaments utérins. C'est ce qui expliquerait certains cas d'hérédité ; j'ajouterai qu'une rétroversion légère facilite l'abaissement de l'utérus, en mettant cet organe dans l'axe du vagin.

Dans tous les cas, j'admets volontiers avec Chaput que « si les ligaments suspenseurs sont seuls ma« lades, l'utérus s'abaissera jusqu'au plancher peri« néal, mais il ne pourra le franchir que si la vulve « se laisse forcer. Mais si le plancher est affaibli, la « vulve agrandie, le vagin mal défendu, descend en « entraînant l'utérus dont les ligaments se laissent dis« tendre». Quant aux cas isolés de colpocele antérieur sans cystocèle et ceux de colpocele postérieur sans rectocèle, ceux de prolapsus utérin sans prolapsus vaginal, tous ces faits sont encore plus difficiles à expliquer et je n'entrerai pas dans le détail des théories pathogéniques qui ont été émises.

Je vous dirai toutefois qu'il est très curieux de constater le rôle joué par le tissu cellulaire placé entre les parois vaginales et la paroi correspondante de l'organe en contact. Tantôt ce tissu cellulaire est un véritable ciment et les deux parois prolabent en même temps ; tantôt ce tissu cellulaire se laisse distendre, il s'établit un plan de clivage et le vagin seul est en prolapsus. La direction de l'effort abdominal, de la pression locale, ou la fixité des organes tiraillés expliquent peut-être ces résultats différents.

Quant aux douleurs que notre malade éprouve dans la paroi abdominale, dans le dos, dans les reins, dans le haut des cuisses et que nous considérions comme des douleurs réflexes d'origine génitale, Kjellberg (de Stockholm) les considère comme des douleurs dues à une inflammation interstitielle des muscles de la région sacro-lombaire ou de la région fessière, etc,; ce seraient des myosites. Comme il n'y a pas d'œdème au niveau de ces points douloureux, il ne s'agit donc pas de cette affection bizarre décrite sous le nom de panniculite sous-cutanée abdominale, affection que je n'ai jamais vue d'ailleurs, mais vous en trouverez une description dans la thèse toute récente de Colmaire. (Paris, 1899.)

Le *pronostic* de ce prolapsus génital chez notre malade est, à mon avis, assez grave. Cette femme nous affirme qu'elle se sent très fatiguée lorsqu'elle veut prolonger un peu son travail journalier, indispensable cependant pour vivre. De plus, le prolapsus est compliqué de métrite, c'est dire que la salpingite est à craindre. Enfin l'utérus n'a pas encore dépassé la vulve, mais il ne tardera pas à franchir cette barrière, faible barrière, il est vrai, car la vulve est béante, et, n'était la direction encore légèrement oblique de haut en bas et d'avant en arrière de l'utérus, il y a déjà longtemps que cet organe serait extra-vulvaire. Ce qui maintient encore l'utérus, ce ne sont plus ses ligaments de fixité, c'est le périnée, ou ce qui en reste. Enfin ce prolapsus peut se compliquer d'hypertrophie sus vaginale, l'utérus étant attiré en bas, les ligaments utéro-sacrés le tirant en haut, la portion sus vaginale s'allonge. Enfin la rétention d'urine, la cystite, la lithiase vésicale sont des complications à craindre.

Comment allons-nous traiter notre malade? Pour répondre à cette question voyons d'abord les différentes méthodes thérapeutiques employées. Il y a d'abord le *traitement orthopédique,* c'est le traitement par les pessaires. Quant aux *traitements chirurgicaux*, ils varient suivant les moyens de fixité que l'opérateur veut réparer ou créer. Il faut distin-

Digitized by Google

guer : 1° ceux qui ont pour but de corriger l'appareil de soutien en rétrécissant le vagin, la vulve ou en réparant le périnée ; 2° ceux qui modifient les ligaments suspenseurs de l'utérus ; 3° ceux qui fixent l'utérus lui-même à l'abdomen ou au vagin ; 4° ceux qui enlèvent totalement ou partiellement l'organe prolabé parce qu'il est ou irréductible ou hypertrophié, ou néoplasique, ou accompagné d'annexes malades.

Le traitement par les *pessaires* est seulement palliatif mais combien peu ! L'instrument employé si souvent par les chirugiens avant les progrès de la chirurgie moderne et encore maintenant par les gynécologues médicaux, c'est le pessaire arrondi de Dumontpallier ; mais il y en a beaucoup d'autres variétés. Ces pessaires ont pour but d'agir en prenant leur point d'appui sur les parois du vagin, le col utérin venant s'emboîter sur l'anneau, l'utérus se trouve relativement fixé.

Etant donné ce rôle du pessaire, vous comprenez facilement qu'il ne peut agir que dans les prolapsus utérins au début, alors que les parois vaginales antérieure et postérieure sont encore bien fixées et non en prolapsus, car je vous le répète, c'est sur ces parois que le pessaire doit prendre son point d'appui. Mais son action est temporaire, car à la longue il distend le vagin et favorise le colpocèle et l'abaissement utérin. En somme, quand l'utérus est à la vulve et *a fortiori* quand il a franchi celle-ci, l'emploi du pessaire n'a plus sa raison d'être. Il est incontestable que cet appareil soulage des malades atteints de prolapsus au premier degré, mais ce n'est pas tant parce qu'il réduit le prolapsus c'est plutôt, à mon avis, parce qu'il immobilise des utérus un peu douloureux ou un utérus trop mobile, et qui dans ses mouvements irrite des organes voisins douloureux, tels que les ovaires ou les trompes — et des adhérences péritonéales.

Pour terminer cet aperçu sur le traitement orthopédique non sanglant, je vous rappellerai seulement pour mémoire les pelotes périnéales, les hystérophores, les pessaires à tige ; ce sont des appareils très compliqués prenant point d'appui sur une ceinture spéciale, ils sont très gênants pour la malade ; vous ne les emploierez qu'à la dernière extrémité, c'est-à-dire quand l'utérus est en prolapsus complet, quand la malade n'est pas opérable par le fait de son âge, de son obésité ou pour toute autre cause. C'est ici comme pour les prolapsus du rectum ou comme pour les hernies à contenu énorme, nous avons recours à l'orthopédie en dernier lieu pour cacher notre impuissance.

Dans ce traitement orthopédique je ferai rentrer le massage pelvien, décoré du nom de « traitement kinésique ». Vous avez dû être frappés du grand nombre de ces maladies que l'on traite actuellement par le massage. Voue avez dû être frappés aussi des résultats merveilleux que donnerait cette méthode thérapeutique. Les femmes dont la guérison était un peu longue sont « évidemment » allées au devant de ce traitement « merveilleux ». Je crois que le résultat de cette expérimentation est le suivant : Sans aucun doute, le massage pelvien peut faire résorber quelque exsudat chronique ou quelque adhérence légère du cul-de-sac de Douglas, qui gênait la malade ; mais quant à refaire des muscles au périnée au point de faire disparaître des prolapsus, je n'y crois pas encore. Je ne demande qu'à être convaincu, cependant de simples affirmations enthousiastes dépourvues de tout contrôle scientifique sérieux font plus de mal que de bien à une méthode thérapeutique qui assurément a du bon. En effet, je ne suis pas de ceux qui pensent que, ou le massage est fait d'une main et d'un cœur léger et alors il est anodin, la guérison étant spontanée ; ou bien le massage est fait sérieusement et alors il devient dangereux. Je veux dire seulement que les indications demandent encore beaucoup de précision. Vous verrez d'ailleurs plus loin que je recommanderai chez notre malade le massage abdominal pour traiter la ptose viscérale et la constipation.

Je vous citerai simplement la *columnisation* ou tamponnement très serrés du vagin et de ses culs-de-sac qui soulagerait les douleurs accompagnant les prolapsus légers en atténuant la congestion de la stase veineuse pelvienne.

Ceci étant dit pour le traitement orthopédique non sanglant, voyons quels sont les *traitements opératoires* préconisés contre les prolapsus génitaux :

1° Quels sont les *procédés qui rétrécissent le vagin, la vulve ou refont le périnée ?*

La *suture presque totale de la vulve* et le *cloisonnement du vagin* sont des procédés que, pour des raisons diverses, il ne faut plus employer. C'est du palliatif tout pur, et nous avons mieux que cela à offrir aux malades.

Les opérations suivantes ont pour but de rétrécir le vagin et dans le sens antéro-postérieur et dans le sens transversal et de fermer l'orifice vagino-vulvaire. On peut exciser la paroi antérieure exubérante, épaissie et prolabée et en suturant les bords de la plaie, rétrécir d'autant le vagin ; cette *colpectomie* et cette *colporrhaphie antérieure* seront faites largement quel que soit le procédé opératoire ; c'est une méthode excellente et employée actuellement par tous les chirurgiens sans exception.

Il faut agir de même pour la paroi vaginale postérieure quand elle est prolabée, ce qui est presque la règle. De plus, ici il faut refaire le périnée, lui rendre son épaisseur et sa résistance. De même en-

Digitized by Google

core ici, quel que soit le procédé opératoire employé, cette *colpectomie* ou cette *colporrhaphie postérieure* suivie de *périnéorraphie* est au point de vue du traitement du prolapsus génital de moyenne gravité, une méthode tellement bonne que tous les chirurgiens l'ont préconisée. En effet, par cette résection partielle des parois vaginales, on supprime une partie des parois du sac herniaire. Par le fait de la suture, le canal vaginal est très rétréci ; enfin la périnéorraphie rétrécit la vulve, qui peut être comparée à l'anneau externe du trajet herniaire. L'idéal évidemment serait de faire la *colpectomie totale* et l'ablation de l'utérus ; ce serait en effet une cure radicale, puisque l'on supprimerait le contenu et le contenant de la hernie, mais il faut croire que l'opération est très complexe, car les chirurgiens qui ont tenté cette cure radicale, ont trouvé peu d'imitateurs. Les hémorrhagies post-opératoires ont souvent été signalées par eux.

2° Vous ne sauriez croire combien sont nombreux les *procédés opératoires qui ont pour but de raccourcir les ligaments utérins, aussi bien les ligaments larges que les ligaments ronds*. On a même proposé de raccourcir les ligaments utérosacrés, car ce sont eux, en effet, qui jouent le rôle principal dans la suspension de l'utérus.

Je ne vous parlerai pas des résultats du *raccourcissement les ligaments larges* ; je n'ai aucune expérience de ce procédé qui, à mon avis, doit pouvoir être fait uniquement quand la laparotomie a été nécessitée pour une autre lésion génitale.

Quant aux procédés opératoires pour *raccourcir les ligaments ronds* ils sont nombreux. Le raccourcissement intra-péritonéal ne doit également être fait, à mon avis, qu'au cours d'une laparotomie faite pour une autre affection de l'utérus ou des annexes.

Le raccourcissement extra-abdominal est bien souvent pratiqué actuellement après avoir été longtemps combattu. Cependant, comme nous allons le voir, ce procédé de réduction joint aux colpectomies est actuellement la meilleure méthode thérapeutique à employer pour traiter les prolapsus génitaux. Je parle du prolapsus simple non compliqué de rétroflexion.

3° La fixation de l'utérus à la paroi abdominale ou *hystéropexie abdominale* avec tous ses derniers perfectionnements voit diminuer maintenant le nombre de ses partisans. En effet, c'est une opération grave, elle peut provoquer plus tard des étranglements internes, l'utérus s'écartant de la paroi et l'intestin venant s'étrangler sur le repli péritonéal qui rattache l'organe à la paroi abdominale ; de plus, même en faisant l'hystéropexie basse, des avortements ont été observés ; enfin, cette opération fixe bien momentanément l'utérus, mais elle ne fixe pas les parois vaginales prolabées.

Je vous signalerai simplement la *vagino-fixation de l'utérus* recommandée par M. Richelot et employée surtout quand les parois vaginales ne sont pas prolabées. Mais je ne sais pas si les résultats sont toujours excellents, et je n'ai pas d'expérience sur cette méthode.

4° Je vous dirai peu de chose de l'*hystérectomie vaginale* faite pour traiter le prolapsus utérin simple, c'est-à-dire non compliqué de cancer ou de tumeurs fibreuses, ni d'annexite ou de kyste ovarien réductible. Comme cela a été archi-démontré à la Société de chirurgie il y a quelques années, c'est une opération absolument insuffisante. C'est comme si, pour faire la cure radicale d'une hernie, on se contentait d'enlever le contenu du sac herniaire sans toucher aux parois du sac. La récidive serait fatale. Il en est de même ici après l'ablation de l'utérus, même en suturant les ligaments larges, le vagin reste en prolapsus. Il faut donc rétrécir et le trajet herniaire, c'est-à-dire le vagin, et l'anneau externe, c'est-à-dire la vulve. L'hystérectomie, quand elle est nécessaire, devra donc être combinée avec une intervention portant sur le vagin et le périnée. Si, pour des raisons diverses, telles que : adhérences péritonéales, tumeurs, obésité excessive, ptose viscérale intense, hypertrophie soit de l'utérus, soit des parois vaginales l'utérus prolabé est irréductible, l'hystérectomie est encore indiquée.

Si l'hystérectomie vaginale est rejetée par tous les chirurgiens actuellement, il faut reconnaître que l'ablation du col hypertrophié, c'est-à-dire l'*amputation conoïde du col* est une opération courante et qui se justifie amplement sans que j'aie à insister plus longuement. Cette *amputation conoïde de Huguier* diminue d'autant le poids total de l'organe et, de plus, elle est souvent suivie d'une régression très marquée du corps même de l'utérus.

Au milieu de ce dédale de méthodes opératoires, il nous faut choisir et pour cela, il faut classer les cas et admettre, schématiquement, il est vrai, des degrés de prolapsus.

Dans les cas de colpocèles, antérieur et postérieur, avec léger abaissement de l'utérus, la colporrhaphie antérieure et la colpo-périnéorrhaphie vous donneront d'excellents résultats. Si le col est volumineux, hypertrophié, vous ferez l'amputation conoïde.

Dans le cas de colpocèles antérieur et postérieur, avec abaissement de l'utérus jusqu'à la vulve ou en dehors de la vulve, outre la colporrhaphie antérieure et la colpo-périnéorrhaphie, faites le raccourcissement des ligaments ronds.

En somme, il faut combiner plusieurs des méthodes que je vous ai exposées, il y a un instant, et cette combinaison est nécessitée par ce fait que, dans les

Digitized by Google

prolapsus, ce sont et les moyens de soutien et les ligaments de suspension qui sont relâchés.

Ce n'est qu'en cas d'échec du raccourcissement des ligaments ronds, que je vous conseillerai de faire l'hystéropexie abdominale chez une femme ayant dépassé la ménopause.

Quant aux pessaires, il ne faut les employer que dans les cas de prolapsus très légers. Et dans les cas de prolapsus extra-vulvaire inopérable, vous conseillerez ces appareils orthopédiques complexes, dont je vous ai déjà parlé.

Si nous revenons maintenant à notre malade, vous verrez qu'elle rentre dans la deuxième catégorie, c'est pourquoi, j'ai fait devant vous, d'abord un curettage utérin, puis l'amputation conoïde de col; ensuite, la colporrhaphie antérieure et la colpo-périnéorrhaphie, et, enfin, le raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds.

Pour cette dernière opération, j'ai l'habitude de mettre d'abord à nu, en même temps les deux ligaments ronds, en décollant, le plus haut possible, le péritoine; alors seulement, je prends le ligament comme un fil, je l'enroule sur lui-même et je fais deux ou trois nœuds qui se trouvent séparés les uns des autres par une distance de un centimètre environ. Je fixe le ligament avec ses nouures multiples et presque contiguës à la paroi postérieure du canal inguinal, un point de suture, passant au devant et un autre en arrière de chaque nœud ligamentaire.

Je refais, enfin, avec soin la paroi antérieure du canal inguinal. Ce procédé opératoire a pour but d'éviter l'allongement de la portion extra-abdominale du ligament; il n'a aucune influence, évidemment, sur l'allongement de la portion intra-abdominale. — C'est celui-ci qui provoque la récidive. Je dois dire, cependant, que je n'ai pas observé celle-ci sur une dizaine de malades que j'ai revues et sur lesquelles j'avais pratiqué ces différentes opérations complexes, ayant pour but de réduire des prolapsus de degrés différents. Il est vrai qu'il s'agissait de malades encore jeunes et non atteintes de ptose généralisée comme celle que je vais opérer devant vous.

Enfin, pour soulager sa paroi abdominale, notre malade devra porter une de ces ceintures abdominales que vous nous voyez souvent prescrire. Vous surveillerez bien la confection de celles-ci. Elles doivent être renforcées au niveau des points faibles de la paroi abdominale, c'est-à-dire, surtout ou niveau de la ligne blanche.

Vous engagerez vos malades à porter cette ceinture pendant longtemps. Cette recommandation ne sera pas inutile, car, soit par coquetterie, soit par indifférence, elle sera souvent vite abandonnée.

Mais cette ceinture ne refait pas la tonicité et l'élasticité des muscles de la paroi abdominale. Ce n'est qu'un palliatif. — C'est ici que le massage, fait au début de ce relâchement musculaire, peut donner de bons résultats, et ce n'est que quand toute la paroi est envahie par l'adipose ou est complètement distendue que les résultats peuvent être bons. Quoi qu'il en soit, l'amélioration de la tonicité des muscles abdominaux a une influence très heureuse sur la dyspepsie, sur la constipation et, enfin, sur l'état général de ces ptosiques abdomino-pelviennes, souvent quelque peu névrosées.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des troubles digestifs dans l'appendicite chronique
Rôle de l'infection et des épiploïtes

Par M. Walther, *chirurgien des hôpitaux.*

L'appendicite chronique, et surtout l'appendicite chronique d'emblée, est caractérisée avant tout par des troubles digestifs. Or, ces troubles digestifs me semblent devoir être attribués à plusieurs causes :

A. — La première, de beaucoup la plus importante, celle qui domine toute l'histoire symptomatique de la maladie, c'est l'infection entretenue par l'évolution de la folliculite, infection qui se propage directement à l'intestin, infection qui se propage aussi par la voie lymphatique et qui se traduit cliniquement par des troubles digestifs variés; l'intolérance de certains aliments, et surtout, par cette teinte terreuse de la face si caractéristique, par de petites poussées de congestion hépatique, par la perte des forces, etc.

Après les crises d'appendicite aiguë, les exemples d'infection lymphatique sont bien connus. Ils le sont moins, je crois, dans l'appendicite chronique d'emblée. Aussi puis-je me permettre de vous rapporter très brièvement un cas soigneusement observé et qui me semble comporter un réel intérêt.

Une femme de 39 ans, très nerveuse, très intelligente, surmenée par un travail intellectuel excessif, souffrait depuis l'âge de 24 ans de troubles digestifs, douleurs épigastriques, sensations de brûlure, perte d'appétit, etc. Elle fut soignée pour une dilatation de l'estomac et sous l'influence d'un régime alimentaire approprié, les accidents s'amendèrent sans disparaître complètement.

Mariée à trente-et-un ans, elle eut un enfant bien portant.

A trente-cinq ans, à la suite de contrariétés, perte du sommeil, douleurs de tête très violentes, quelques crises de nerfs sans perte de connaissance, mais surtout état nerveux très accentué avec surexcitation cérébrale continuelle; on la traita par les douches, les toniques, la viande crue.

Les troubles digestifs s'accentuèrent encore pen-

Digitized by Google

dant cette crise et s'accompagnèrent de douleurs au moment de la digestion, douleurs épigastriques, douleurs abdominales, tantôt diffuses, tantôt prédominant à droite, parfois même dans la fosse iliaque.

C'est dans ces conditions que je vis la malade et je fus tout d'abord frappé par son teint terreux très accentué, par une intolérance pour certains aliments pour la viande rouge notamment, par un maximum de douleur à la pression dans la région cœcale, avec un retentissement très net au creux épigastrique.

Après une observation prolongée plus d'un mois, je n'hésitai pas à attribuer à l'appendicite chronique tous ces troubles jusque-là mis sur le compte de l'état nerveux grave.

J'opérai cette malade dans mon service le 25 juillet 1899. Je trouvai un appendice long de 11 centimètres et demi, coudé par des brides péritonéales ; dans le méso, tout contre l'appendice, un ganglion du volume d'un gros pois. L'appendice présentait à la coupe un piqueté hémorrhagique très abondant à sa partie moyenne et une folliculite en pleine évolution, sans aucune ulcération de la muqueuse.

Mais, c'est là le fait sur lequel j'appelle votre attention, le contenu de l'appendice, examiné par mon collègue M. Widal, contenait du coli-bacille et du streptocoque et une parcelle prise au centre ramolli du ganglion, cultivée sur gélose, a donné du coli-bacille, et sur bouillon du coli-bacille et du streptocoque.

Je dois ajouter que j'ai revu il y a quelque temps cette malade; bien qu'elle soit toujours aussi nerveuse, elle digère bien, n'a plus de douleurs de ventre et a repris des forces.

Voilà donc un fait bien probant d'infection ganglionnaire par le coli-bacille et par le streptocoque au cours d'une folliculite chronique d'emblée dont l'évolution régulière n'a jamais été coupée par aucune crise aiguë.

B. — Dans un certain nombre de cas, les troubles digestifs ne paraissent pas devoir être rapportés à l'infection, mais bien à la persistance des douleurs, aux tiraillements exercés par la tumeur appendiculaire. Je veux parler des cas rares où l'appendice est complètement transformé en un kyste à liquide clair. Ici, la cavité est absolument close à la base même de l'appendice. Je vous ai apporté l'an dernier, à la séance du 15 mars, un exemple de cette transformation kystique ; l'appendice, clos à sa base, était énorme, sa circonférence mesurait 9 centimètres. La malade souffrait de crises de douleurs très vives, dans l'intervalle desquelles elle gardait toujours une sensation de pesanteur, de tiraillement très pénible dans la fosse iliaque. Les troubles digestifs étaient très marqués, l'amaigrissement considérable. Peu de temps après l'ablation de l'appendice, les troubles digestifs avaient complètement disparu et l'embonpoint revint rapidement.

C. — J'arrive au troisième groupe de faits caractérisés par l'existence d'adhérences épiploïques qui me semblent jouer, dans nombre de cas, un rôle fort important.

Ces adhérences épiploïques ne sont pas rares. Depuis deux ans, j'ai noté tous les faits d'adhérences que j'ai pu observer et voici la proportion que je trouve dans mes observations personnelles.

Depuis le 1er janvier 1898 jusqu'aujourd'hui 9 mars 1900, j'ai opéré 103 appendicites. Mais sur ces 103 cas, 20 ont été opérés à chaud, soit pour péritonite diffuse, soit pour péritonite suppurée enkystée ; je n'ai donc pas à m'en occuper ici. Il reste 83 cas opérés à froid. Sur ces 83 cas, j'ai trouvé 18 fois des adhérences épiploïques plus ou moins étendues.

Le plus souvent, c'est sur le cæcum et le côlon ascendant que j'ai rencontré ces adhérences.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est la rareté de l'adhérence de l'épiploon à l'appendice lui-même. Dans les trois cas que j'ai observés, l'épiploon s'attachait en même temps à l'appendice et au côlon et une fois à la paroi abdominale.

De même, je n'ai jamais rencontré l'adhérence isolée à l'intestin grêle. Dans les deux cas que je signale plus haut, les adhérences s'étendaient au côlon ascendant et une fois à la paroi abdominale.

Dans un travail que j'ai présenté en 1888 au Congrès de Chirurgie, j'avais divisé les sept observations que j'avais jusqu'alors pu recueillir en quatre groupes :

1° Adhérences épiploïques anciennes ; appendicite chronique;

2° Adhérences épiploïques anciennes, crise récente d'appendicite aiguë ;

3° Appendicite à répétition, adhérences épiploïques récentes. Poussées d'épiploïte simulant des crises d'appendicite ;

4° Crise d'appendicite récente. Adhérences épiploïques récentes.

Les seuls points sur lesquels je veuille insister ici, c'est que :

1° Des poussées d'épiploïte peuvent se reproduire dans ces adhérences et cela après que l'appendice est sclérosé, que l'appendicite est éteinte, ou même que l'appendice a été enlevé. J'ai observé, il y a quatre ans, chez un homme à qui j'avais enlevé, quelques mois auparavant, l'appendice à la suite d'une crise aiguë, sans toucher à l'épiploon adhérent, une poussée d'épiploïte simulant absolument une crise subaiguë de péri-appendicite et il existe un petit nombre d'observations analogues.

Digitized by Google

2° Les adhérences anciennes, avec transformation fibreuse de l'épiploon, peuvent se développer, aussi bien au cours de l'évolution de l'appendicite chronique d'emblée, qu'après des crises aiguës de péri-appendicite,

Or, ces vieilles adhérences provoquent des tiraillements et des coudures de l'intestin. Ce que j'ai observé le plus souvent, c'est l'exagération de la coudure de l'angle droit du côlon. Le côlon transverse peut être maintenu solidement par un épiploon rétracté contre le côlon ascendant. Dans deux cas, j'ai vu l'estomac tiraillé par cette rétraction de l'épiploon adhérent au cæcum et au côlon ascendant, au point que la grande courbure apparaissait sous la lèvre interne de l'incision iliaque. Dans ces deux cas, les signes de dilatation de l'estomac qui avaient été constatés avant l'opération disparurent et les fonctions digestives redevinrent normales.

Il me semble évident que, dans tous ces cas, une part des troubles digestifs peut être rapportée à la coudure de l'intestin, à la gêne mécanique qu'entraînent ces adhérences, en même temps qu'aux douleurs qu'elles provoquent.

Si donc l'ablation de l'appendice seul suffit à faire disparaître les causes d'infection qui, je le répète, tiennent évidemment le premier rang dans la pathogénie des troubles dyspeptiques, je crois qu'il n'est pas inutile d'enlever du même coup tout l'épiploon lorsqu'il est adhérent, pour éviter ces accidents tardifs de l'épiploïte chronique avec rétraction.

Formulaire du Praticien

De la valeur de quelques préparations albuminoïdes

Les préparations analeptiques d'ordre médicamenteux continuent à être en grand honneur auprès des médecins allemands.

La vogue paraît être en ce moment aux aliments azotés artificiels ayant pour base la caséine.

Salkowski, puis Rohrmann ont étudié un certain nombre de ces préparations dont nous allons faire une rapide revue.

Tous ces produits sont rendus solubles soit à l'aide d'alcalis comme dans l'eucasine et la nutrose soit à l'aide de glycéro-phosphate de soude comme dans le sanatogène.

L'eucasine est à base de caséine et d'ammoniaque.

La nutrose n'en diffère que par le remplacement de l'Ammoniaque par la soude.

Le sanatogène a la composition suivante :

Glycéro-phosphate de soude .	5
Eau environ	4
Caséine	91

Ce produit a été expérimenté chez les enfants par le Dr Auerbach qui en dit le plus grand bien. Il publie plusieurs observations dans le *(Thérap. Monatsh.*, sept. 99) qui tendent à prouver que ce médicament donne de bons résultats chez les enfants dans le cas de rachitisme, affections intestinales, convulsions.

Il administre 3 ou 4 cuillerées par jour de sanatogène.

La sanose est une préparation composée de quatre parties de caséine pure et d'une partie d'albumose pure. C'est une poudre sèche et farineuse. L'odeur rappelle celle du lait, le goût en est légèrement douceâtre et aigre à la fois.

D'après le Dr Busenthal qui l'a étudiée *(Hand. f. d. Gesam. Therap.*, 99) c'est un médicament facile et agréable à prendre sous toutes sortes de formes et qui constitue un aliment riche sous un petit volume.

La dose utile est en général de 15 à 50 grammes par jour.

La caseone est un produit sensiblement analogue au précédent. Il a été étudié par le Dr Bloch, de Berlin *Fortschritte der méd.)*. Cet auteur écrit que la caséone est un médicament très utile quand il s'agit de donner sous un petit volume à l'organisme débilité une dose assez forte d'albumine.

On peut le prendre jusqu'à la dose de 60 grammes. En résumé, toutes ces préparations ne présentent qu'un très médiocre intérêt et ils parviendront difficilement à remplacer le médicament merveilleux qui est le lait auquel ils empruntent la caséine. — A. G.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Pour l'administration de la santonine :

Santonine	1 à 10 centigr.
Huile d'olives	60 grammes

De cette façon, la santonine passe dans l'estomac sans être décomposée.

La rhubarbe contre les oxyures vermiculaires (Sidney Martin) :

Dans un grand nombre de cas l'auteur a vu la rhubarbe employée à petites doses expulser un grand nombre de vers et régulariser en même temps les mouvements de l'intestin.

L'auteur conseille la formule suivante :

Teinture de rhubarbe	III gouttes
— de gingembre	I —
Carbonate de magnésie	0 gr. 20
Eau distillée	12 grammes

Cette dose doit être reprise trois ou quatre fois par jour suivant l'effet produit sur l'intestin.

Poudre contre les plaies suppurantes (Schwartz) :

Iodoforme pulvérisée	aâ 10 grammes
Salol	
Sous-nitrate de bismuth	
Charbon	
Quinquina	
Benjoin	

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La kélotomie crurale simple. — Plus que toute autre variété, la hernie crurale étranglée doit être opérée hâtivement, car les lésions intestinales sont très précoces en raison de la striction très marquée; aussi, toute hernie crurale irréductible qui devient douloureuse doit-elle être opérée d'urgence, et l'on ne doit pas attendre l'apparition d'autres symptômes ni s'attarder à faire le taxis qui est peu pratique dans ce cas et nullement dépourvu de dangers.

Les soins préopératoires sont les mêmes que pour la kélotomie inguinale (*Journal des Pratic.*, 1900, p. 140), mais la technique diffère par plusieurs points et mérite une description à part; nous supposons la hernie étranglée depuis peu, sans complications :

1er TEMPS : *Incision des parties molles.* — L'incision sera parallèle à l'arcade crurale en dépassant aux deux extrémités les limites de la hernie, ou verticale: peu importe, l'essentiel est qu'elle donne suffisamment de jour pour les divers temps opératoires. On incise successivement la peau et le tissu cellulaire sous cutané dans lequel cheminent quelques veines qui se rendent dans la saphène; on les *évite*, si cela est possible, sinon on les sectionne entre *deux pinces*.

2e TEMPS : *Recherche et isolement du sac.* — Parfois on tombe directement sur le sac, mais le plus souvent on arrive sur une masse graisseuse épaisse qui l'entoure et qu'il faut enlever. Le sac apparaît alors avec un aspect variable; toujours tendu, généralement peu volumineux, de coloration rouge, violacée ou noirâtre. Le sac mis a nu ne sera pas incisé comme dans la kélotomie inguinale, mais isolé jusqu'au collet, ce qui d'ailleurs est facile le plus souvent.

3e TEMPS : *Incision du sac, examen de l'intestin, débridement.* — Le sac isolé est entouré de compresses aseptiques et l'on procède à son ouverture soit au moyen de la sonde cannelée qui déchire ses diverses enveloppes, soit avec les ciseaux courbes sectionnant parallèlement au sac qui est assez épais. Le sac ouvert, l'incision est prolongée en haut et en bas et les deux lèvres repérées au moyen de pinces hémostatiques. Avant de débrider il est prudent d'examiner le contenu du sac; si l'on a opéré de bonne heure, on trouvera une anse grêle, violacée, noirâtre, très serrée et une plus ou moins grande quantité d'épiploon : dans certains cas il n'y a que de l'épiploon. On lave à l'eau bouillie épiploon et intestin et l'on procède au débridement.

L'obstacle est en dedans au niveau du ligament de Gimbernat ou du fascia crebriformis, c'est donc *en dedans* qu'il faut débrider; on n'a d'ailleurs rien à redouter de ce côté, les gros vaisseaux sont en dehors et en arrière, et tout ce que l'on peut craindre c'est une anastomose entre l'obturatrice et l'épigastrique; il faut en être prévenu afin de pincer immédiatement les deux bouts si on la sectionne. L'anneau étant bien libéré, le sac reporté en dehors, il est généralement facile de soulever avec une sonde cannelée le rebord fibreux et de l'inciser avec les ciseaux courbes. Dans certains cas cependant la sonde ne peut être glissée entre le collet et l'anneau, il faut alors inciser directement, mais prudemment, le rebord fibreux, et dès que quelques fibres ont cédé le débridement devient facile. Le débridement opéré, on introduit le doigt dans le sac dont le collet se laisse distendre.

Lorsque l'étranglement est très haut situé, on pourra se servir du bistouri boutonné.

Lejars pense que dans la plupart des cas, le débridement n'est pas nécessaire et qu'on peut se contenter de ce qu'il appelle « l'éraillement du collet herniaire » que l'on obtient comme il suit: « faites pénétrer votre index droit entre la face interne du sac et son contenu jusqu'au collet, et cherchez en refoulant doucement l'intestin, et pendant qu'un écarteur relève la paroi antérieure à insinuer le bout du doigt en dehors de l'arcade fibreuse tendue qu'il accroche et franchit peu à peu, vous parviendrez à charger, de la sorte, sur la pulpe de l'index, le bord interne du collet : ceci fait, en fléchissant la phalangette et en exerçant une traction en dedans, vers le pubis, vous distendrez la bride fibreuse, vous l'éraillerez, vous élargirez suffisamment la voie, pour tirer au dehors les deux bouts intestinaux. »

Une fois l'étranglement levé, l'intestin est attiré au dehors et examiné surtout au niveau de la portion serrée; s'il n'y a aucune lésion, on résèque le paquet épiploïque comme dans la hernie inguinale et l'on réduit.

4e TEMPS : *Réduction, ligature et excision du sac.* — L'intestin étant nettoyé avec des compresses aseptiques, on s'assure que le pédicule épiploïque ne saigne pas et l'on réduit en repoussant doucement l'intestin vers l'anneau. Cette réduction est généralement plus facile que dans la hernie inguinale, car la masse est petite.

Les lèvres du sac sont alors rapprochées et celui-ci est libéré le plus haut possible; on doit se souvenir qu'en libérant on peut attirer la vessie, qu'on reconnaît parce qu'elle est précédée d'un gros peloton graisseux. Le pedicule ainsi dégagé est lié au moyen d'une ligature en chaîne et le sac est sectionné au-dessous de cette ligature dont les deux chefs sont conservés pour fixer le moignon à la paroi abdominale en le remontant, suivant le procédé de Barker. Pour cela l'index est introduit dans l'anneau crural jusqu'au dessus de l'arcade; au niveau de l'extrémité de l'index l'aiguille de Reverdin traverse la paroi, chemine sur le doigt pour venir sortir au niveau de l'anneau et charger

Digitized by Google

l'un des fils qui est ramené au-dessus de l'aponévrose du grand oblique ; le second fil est ramené de la même façon en un point voisin et les deux sont noués sur l'aponévrose.

Pour terminer il faut refaire le canal crural et fermer l'anneau, en un mot faire la cure radicale, ce qui n'est pas toujours possible. Elle peut être faite facilement et vite : il suffit pour cela, de dénuder en dedans l'aponévrose du pectiné, et tandis qu'un écarteur récline les gros vaisseaux en dehors, de la réunir, par une série de points dirigés obliquement, à l'arcade crurale ou à la partie supérieure du fascia crebriformis. Les sutures seront faites au catgut ou mieux avec des crins auxquels on fait traverser la peau et qu'on serre sur un bourdonnet de gaze (fils extérieurs).

On arrive de cette façon à fermer suffisamment l'anneau surtout si l'on a soin de charger avec l'aponévrose, des fibres du muscle pectiné.

Mais il est des cas où il faut renoncer à la cure radicale, lorsque l'opération a été longue chez les vieillards, ou lorsque les tissus sont lâches et friables ; on se contentera alors de quelques points placés sur l'angle interne de l'anneau.

Les soins consécutifs, pansement, alimentation, etc., ne présentent aucune particularité, ils seront les mêmes que nous avons indiqués après la kèlotomie inguinale (*Journ. des Pratic.*, 1900, p. 142). — Henri Milhiet, *Interne des hôpitaux.*

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Les bains froids dans la fièvre typhoïde des enfants. — Si l'action des bains froids donnés systématiquement dans la fièvre typhoïde des adultes est généralement admise par les médecins, il n'en est pas de même pour la fièvre typhoïde des enfants. MM. Variot et Dévé, et M. Barbier les redoutent à cause des chocs nerveux violents, des phénomènes de collapsus cardiaque et de la tendance à la syncope qu'ils produisent, et M. Méry n'a pu les employer que grâce aux injections sous-cutanées de strychnine qui préviennent les phénomènes de collapsus. M. Netter leur préfère les bains chauds qui sont mieux supportés par les enfants. Par contre Brand, Cayla, Tripier et Bouveret, Perret et Devic, Weill, Marfan se louent de l'emploi des bains froids dans la fièvre typhoïde des enfants. M. Glénard (*Revue des maladies de l'enfance*, janvier 1900), revient à nouveau sur cette question et se montre fortement partisan du traitement systématique par les bains froids. D'après lui, la mortalité de la fièvre typhoïde infantile qui est de 15 p. 100 avec le traitement médicamenteux s'abaisse à 11 p. 100 avec le traitement mixte médicamenteux et hydrique, et à 2.5 p. 100 avec le traitement systématique par les bains froids.

Il n'a jamais vu survenir le collapsus dans la balnéation systématique. Ce sont seulement, d'après lui, les bains trop chauds, ou les bains froids, donnés à une période trop avancée de la maladie, sans le correctif médicamenteux exigé par l'état du cœur, qui amènent le collapsus.

Le bain doit être donné à 22°, avec affusion froide répétée trois fois et une durée de 10 minutes. Le bain est donné toutes les trois heures, tant que la température rectale, prise avant le bain, atteint ou dépasse 39°. Lorsque la température est entre 38 et 39°, le bain aura autant de minutes de durée que le thermomètre marquera de fois deux dixièmes au-dessus de 38°. Si le cœur est suspect, on donnera avant et après le bain une cuillerée de vin de Bordeaux ou de vin d'Espagne suivant les cas. S'il y a menace de collapsus, l'affusion sera plus froide, le bain plus court, on massera l'enfant dans le bain, on le rechauffera après, on fera une injection d'éther si c'est nécessaire. Dans aucun cas, tant que la température avant le bain atteint 39°, on ne suspendra l'usage de l'eau froide ; la péritonite seule est une contre-indication.

Une fois replacé dans son lit, l'enfant prendra son repas liquide de lait, potage de gruau, vermicelle, tapioca très cuits, farine lactée ; céréaloses, bouillon de graisse. 25 minutes après le bain, on prendra la température rectale.

Le traitement doit être commencé par un bain chaud à 32°, et on arrivera en douze heures, au quatrième bain, à la température de 22°.

En même temps, on fera boire fréquemment l'enfant si la langue est sèche, on appliquera des compresses ou même des vessies de glace sur l'abdomen, s'il y a diarrhée ou météorisme, on donnera des lavements froids ou de petites doses de sulfate de soude si la constipation persiste.

A la fin de la maladie, lorsque pendant quatre jours la température rectale n'aura pas dépassé 38°, le petit malade pourra absorber des aliments solides, du pain, des œufs crus, de la viande crue, puis de la viande et des œufs cuits. La convalescence est rapide.

Telle est la méthode préconisée par M. Glénard, Appliquée avec la rigueur et la systématisation absolues que réclame l'auteur, il est à craindre qu'elle ne donne pas toujours de bons résultats. Le bain froid n'est pas, en effet, une médication spécifique mais une médication physiologique et dont le principal mérite doit être de s'adapter aux conditions physiologiques du malade : or, ces conditions varient d'un individu à l'autre, et vouloir appliquer la même thérapeutique physiologique à des organismes différents, réagissant de façon différente serait dangereux. Avant tout, il faut se souvenir qu'en l'absence des thérapeutiques spécifiques, on ne s'adresse qu'aux individus, et qu'on ne peut soigner que des malades et non des maladies. — E. L. M.

Les ferments de la caséine dans le lait stérilisé. — La stérilisation du lait par l'ébullition ou par la méthode de Soxhlet détruit les microbes pathogènes du lait, les ferments du lactose et les ferments de la caséine. Mais elle ne réussit pas à détruire les spores du ferment de la caséine qui, en se développant, donnent naissance à de

Digitized by Google

nouveaux microbes adultes : ceux-ci sécrètent d'abord une première diastase analogue à la présure qui coagule la caséine, puis une seconde diastase, appelée caséase par Duclaux, qui peptonise et rend liquide la caséine coagulée.

Ainsi le lait stérilisé peut encore s'altérer. Ces altérations qui ne surviennent qu'après un certain temps, n'auraient pas grande importance si elles n'étaient pas dangereuses. Mais Flügge a isolé certains ferments de la caséine qui sont pathogenes pour les animaux : le lait stérilisé ne mettrait donc point à l'abri des accidents toxiques.

Duclaux a vivement critiqué cette opinion. On ne peut comprendre, suivant lui, comment les ferments de la caséine, qui sont répandus partout, dans l'eau, dans le sol, dans les excréments des enfants et des adultes pourraient se montrer parfois si dangereux ; ce n'est point par leur action peptonisante, car les peptones se produisent normalement dans l'intestin par l'action du suc pancréatique.

Jemma, qui a repris cette étude (*Revue des maladies de l'enfance*, janvier 1900) a isolé trois variétés de bacilles qu'il assimile au bacillus subtilis de Ehrenberg, au bacillus mesentéricus vulgatus, et au bacillus butyricus de Hüeppe. Ces espèces ne se montrent pathogènes pour les animaux que dans des circonstances rares. On ne peut donc considérer leur présence dans le lait comme dangereuse. Pratiquement la stérilisation du lait est donc suffisante pour qu'on soit sûr de son innocuité, à condition que le lait *soit recueilli* et utilisé dans les conditions indiquées par M. Marfan : reçu dans des vases bien lavés, soumis aussi vite que possible à la stérilisation de façon à empêcher une multiplication des germes qui s'y trouvent déjà, le lait doit être maintenu dans un endroit frais et consommé dans les vingt-quatre heures. — E. L. M.

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

La pilocarpine en thérapeutique oculaire. — L'emploi de ce médicament dans les affections de l'œil remonte à 1875. Abadie fut des premiers à s'en servir. Depuis, plusieurs travaux furent consacrés à ce sujet, le plus récent est la thèse de Grimpret (Paris 99).

D'après cet auteur, les injections sous cutanées de nitrate de pilocarpine trouvent leur application dans un grand nombre d'affections oculaires. Elles sont d'une application très facile, très pratique ; la rapidité d'absorption de la pilocarpine hâte la production des résultats cherchés.

Comment agit ce médicament ? Comme absorbant et comme antitoxique ; par son pouvoir sudorifique et sialagogue il détermine l'élimination de toxines : il agit de plus sur la circulation.

Les injections de pilocarpine ne sont pas dangereuses, on peut chez l'adulte injecter 12 à 15 milligrammes de nitrate sans aucun inconvénient ; mais en thérapeutique oculaire, où la transpiration n'est pas nécessaire, une dose de 8 milligrammes est suffisante ; l'injection ne sera faite qu'à jeun.

Les affections oculaires dans lesquelles cette médication est particulièrement indiquée sont : les kératites interstitielles, les névrites optiques infectieuses, les amblyopies toxiques, les hémorragies intra-oculaires, les choroïdites, les irido-choroïdites avec ou sans poussées glaucomateuses, etc. ; en résumé toutes les affections qui réclament la résorption de l'exsudat et une heureuse modification de la circulation. — J. H. M.

NEUROLOGIE

Obsessions et impulsions à l'homicide et au suicide chez les dégénérés. — L'obsession du meurtre comme celle du suicide a été pendant des siècles attribuée à une intervention démoniaque. Avec les travaux de Pinel, d'Esquirol, puis de Morel et de Magnan, l'étude de ces obsessions a pris un caractère véritablement scientifique. M. G. Carrier vient de lui consacrer sa thèse.

Les obsessions et les impulsions à l'homicide sont un syndrome épisodique de la dégénérescence mentale ; elles sont un stigmate psychique ; elles n'apparaissent que chez les dégénérés.

Les neurasthéniques qui présentent des obsessions et des impulsions à l'homicide et au suicide ne sont autres que des dégénérés ; ils sont au seuil de la dégérescence, si l'on considère ce mot dans son sens évolutif et progressif.

Il est nécessaire de faire une étude clinique approfondie de ces malades, pour retrouver chez eux l'état de dégénérescence, qui cause les obsessions et impulsions, la connaissance et l'étude de cet état étant d'une importance considérable au point de vue médico-légal.

L'irresponsabilité de ces malades est absolue. Carrier rejette à leur point de vue, comme à un point de vue général, toute idée de responsabilité atténuée. Avec l'école d'anthropologie moderne, il tend à n'admettre qu'une responsabilité s'édifiant sur de pures bases biologiques et sociales.

Le diagnostic de ces malades est la chose primordiale au point de vue médico-légal. Il doit se baser, non sur le crâne lui-même, mais sur l'étude approfondie des fonctions psychiques du malade, d'où la nécessité : 1° de médecins experts pour qui la psychiatrie n'ait point de secrets ; 2° d'une expertise prudente et sûre.

Il serait désirable, à ce sujet, que l'étude de l'aliénation mentale, comme des études médico-légales, prissent plus d'extension. Il serait désirable que les réformes de l'expertise médico-légale aboutissent et qu'elle fût multipliée.

La société doit non seulement se défendre contre ces malades et les soigner, mais elle doit aussi prendre des mesures prophylactiques.

Les mesures prophylactiques consisteront à lutter contre les causes de dégénérescence et apporter tous ses soins à l'éducation des enfants arriérés ou dégénérés, soit par la

Digitized by Google

création d'asiles-écoles, soit par l'annexion de classes spéciales à l'école ordinaire.

Les moyens de défense seront : 1° La facilité de l'internement des malades obsédés par l'idée homicide et suicide; 2° La création de quartiers spéciaux annexés aux quartiers d'asiles, où le malade impulsif conscient ne devra pas être confondu avec les malades impulsifs inconscients ou délirants; 3° La création d'asiles-prisons pour les criminels-moraux; 4° La sortie de l'asile des malades impulsifs criminels ne pouvant s'effectuer que par jugement rendu par le Tribunal sur l'avis du médecin traitant. — E. L. M.

Maladies nerveuses hérédo-familiales. — M. Magnus a observé (*Norsk. Magazin for Laegevidenskaben*, mars 1899) le cas de deux frères présentant les symptômes suivants : démarche mal assurée et titubante, avec, chez le plus jeune, un peu de type spastique, chez l'aîné suppression, et chez le cadet exagération des réflexes patellaires. La parole est lente et monotone, mais non scandée, les malades ont une lassitude fortement prononcée, il y a des mouvements athétosiformes des doigts et des orteils. Chez l'aîné, existent des troubles trophiques et sécrétoires et de la paresthésie subjective, il a du pied bot.

Chez les deux, désordres momentanés de la vessie et du rectum, réactions électriques normales, ophtalmoplégie externe, totale et bilatérale, compliquée, chez le cadet, d'ophtalmoplégie interne. Pas de ptose de la paupière, nystagmus transversal, rétrécissement du champ visuel, parésie bilatérale de la face.

Chez les collatéraux, on trouve divers cas d'épilepsie et d'autres maladies mentales.

Pour l'aîné, Magnus porta le diagnostic de maladie de Friedreich, et pour le cadet hérédo-ataxie cérébelleuse.

Ces maladies étaient compliquées d'ophtalmoplégie externe totale et bilatérale, et d'ophtalmoplégie interne, avec, comme caractère particulier, l'absence de ptoses. Il existait également un symptôme excessivement rare dans ces paralysies, à savoir l'absence de réaction de la pupille vis-à-vis de la lumière, et réaction lente à l'accommodation chez le cadet. Magnus considère cette ophtalmoplegie comme nucléaire.— S. R.

CLINIQUE MÉDICALE

Les dissociations fonctionnelles du cœur. — Sous le titre de dissociations fonctionnelles du cœur, M. Schatiloff a publié récemment un long mémoire (*Zeitschrift f. klin. Med.*) qui reflète les idées de son maître le professeur Openchowski, de Kharkov. Il s'appuie en outre sur les travaux de Lukjanoff, de Pawloff, de Dobroklonsky qui ont paru en russe et qui, pour cette raison, nous sont peu accessibles. Nous ne pouvons pas suivre l'auteur dans tous ses développements théoriques ; nous nous contenterons de glaner dans son travail ce qui peut intéresser nos lecteurs.

Tout d'abord, les dissociations peuvent être rhythmiques ou dynamiques : elles ne comprennent donc pas seulement l'hémisystolie, mais tous les troubles de l'action cardiaque dus à une inégalité des contractions ventriculaires. La dissociation rhythmique ou hémisystolie peut être longitudinale ou transversale, selon que les ventricules ne se contractent pas en même temps ou que le systole d'une oreillette ne coïncide pas avec celle du ventricule homonyme.

Etiologiquement, les dissociations peuvent être :

1° D'origine destructive ; ce sont celles qui se produisent dans les cœurs atteints de lésions valvulaires ou myocardiques.

2° D'origine circulatoire ; les troubles de circulation peuvent atteindre la grande circulation ou la petite circulation, ou la circulation coronarienne.

3° D'origine nerveuse.

4° D'origine pharmacologique, en particulier d'origine digitalique.

Au point de vue anatomique, les deux moitiés du cœur humain semblent tellement fondues en un seul tout qu'on a du mal à admettre la possibilité de l'indépendance de chaque moitié. Il est vrai que la couche musculaire superficielle enveloppe les deux ventricules sans discontinuité ; mais la direction des fibres dans les couches profondes est insuffisament connue, et il se pourrait bien qu'il y ait là deux poches enfermées dans une troisième (Winslow, Cruveilhier, Gerdy, Donders). L'anatomie comparée corrobore cette hypothèse : chez le brochet et l'esturgeon on sépare aisément la couche superficielle des deux poches sous-jacentes; chez la tortue les deux moitiés sont séparées presque complètement, sauf une petite synéchie vers la pointe. Enfin, chaque ventricule a ses artères terminales et ses nerfs à lui. Il n'y a donc rien d'absurde dans la notion de la dissociation fonctionnelle.

L'hémisystolie rhythmique fut étudiée en France dès 1838 par Charcelay ; puis elle attira l'attention de Skoda (1839), de Botkin (1867), de Leyden (1868). En 1842, Erichsen la réalisa expérimentalement, et, après lui, Schiff (1850) et Naunyn (1862). Mais Lukjanoff et Openchowski ont repris la question en grand et disposent de plus de 160 expériences de laboratoire.

On la provoque surtout en pinçant une des artères coronaires, soit la droite, soit la gauche, ou même la branche descendante de la gauche. Dans l'asphyxie lente, l'hémisystolie longitudinale apparaît également. (Origine circulatoire).

Cliniquement, Schatiloff l'a observée sur une malade dans les conditions suivantes : une femme de 44 ans entre asystolique à la clinique ; elle est atteinte d'insuffisance et de rétrécissement mitral, d'insuffisance tricuspidienne fonctionnelle et d'aortite chronique légère ; elle présente

Digitized by Google

du pouls veineux, de l'œdème et de la congestion pulmonaires, un gros foie et une grosse rate, de l'anasarque et de l'ascite. La fréquence du pouls est 80, il est mou et arythmique. Elle urine 400 grammes par 24 heures. On lui fait prendre un gramme de poudre de feuilles de digitale par doses fractionnées : le pouls radial tombe à 45, mais aux veines du cou et dans le creux épigastrique on continue à compter 90 pulsations. A l'auscultation du cœur, on perçoit un rythme couplé. Le tracé sphygmographique présente les signes d'une tension artérielle élevée, c'est-à-dire une ascension peu brusque et peu élevée, peu de dicrotisme, et en outre un plateau, signe de la dilatation aortique ; l'arythmie est plus accentuée qu'avant la digitale. Quinze jours plus tard on donne de nouveau à la malade 0 gr. 60 de poudre de digitale, et toutes les conséquences de la première administration se reproduisent; la diurèse ne dépasse pas 1500 grammes. Pourtant la malade se sent mieux et quitte l'hôpital.

Comment expliquer l'asynchronisme dans ce cas? Il s'agit d'un cœur d'abord atteint d'insuffisance mitrale avec dilatation chronique du ventricule gauche ; secondairement il s'y est développé un rétrécissement mitral, et enfin la valvule tricuspide est devenue insuffisante ; mais elle n'est pas lésée comme le prouve la pureté du second bruit à son foyer ; le myocarde est affaibli par sa longue lutte. Quand le ventricule gauche se contracte, il envoie son contenu dans l'oreillette gauche (insuffisance mitrale), *car la tension* y est inférieure à celle qui existe dans l'aorte; le sang est même lancé jusque dans les veines pulmonaires. Le ventricule droit ne peut pas se vider dans les artères pulmonaires à cause de la haute tension intra-pulmonaire et à cause de l'insuffisance tricuspide ; une partie de son contenu pénètre dans l'oreillette droite. Dès que ce ventricule droit se dilate au début de la diastole suivante le sang le remplit très vite de deux côtés à la fois, ce qui l'incite à se contracter à nouveau ; cependant que le ventricule gauche, ne se remplissant que lentement à travers l'orifice mitral rétréci, ne fait une systole qu'après la seconde contraction supplémentaire du ventricule droit grâce à laquelle la vis a tergo intrapulmonaire est devenue suffisante pour lui fournir le sang nécessaire à sa réplétion.

Leyden avait fourni une explication analogue, dans laquelle il ne voyait toutefois pas l'influence du rétrécissement mitral. Mais Schatiloff considère cette combinaison de lésions comme indispensable à la production de l'hémisystolie d'origine destructive.

La signification de l'asynchronisme dans ces conditions est celle d'une *hémisystolie active* simple : un ventricule a doublé sa fonction pour compenser son insuffisance, tandis que le ventricule opposé continue à travailler sans modification aucune. Au contraire dans l'*hémisystolie passive* nous voyons un ventricule affaibli qui se contracte deux fois moins souvent qu'à l'état normal, tandis que la fonction du ventricule opposé n'est pas influencée. Les dissociations actives ont donc une valeur compensatrice, tandis que les dissociations passives sont symptomatiques de faiblesse et d'insuffisance fonctionnelle du cœur.

Notons en passant que le pouls couplé ou tricouplé, ainsi que le pouls alternant peut accompagner certaines dissociations : si la seconde contraction du ventricule est assez forte pour provoquer une onde, on a le pouls couplé ; si l'onde n'est qu'indiquée, on a le pouls alternant ; enfin, si elle ne s'inscrit pas sur le sphygmographe on a une branche descendante allongée.

Les dissociations d'origine nerveuse sont bien difficiles à apprécier ; les expériences des physiologistes qui aboutissent à l'asynchronisme sont tellement complexes qu'on ne peut pas les retrouver en clinique. En effet que de doutes sur les recherches de Nuel (1875), de Chauveau, de Gaskel, Pawlow, Kronecker et Schmey, Mac William ! Aussi Schatiloff considère les observations publiées par Witwitzki, également un élève d'Openchowski, comme peu concluantes.

Nous arrivons maintenant aux dissociations les plus intéressantes, qui sont d'origine pharmaceutique. Leur cause réside surtout dans l'influence des nerfs vasomoteurs sur les artères de la grande circulation et sur son absence dans la circulation pulmonaire. Le cœur gauche et le cœur droit réagissent donc d'une façon différente à l'administration des poisons. Les poisons vasodilatateurs — curare, chloral hydraté, nitrite d'amyle — diminuent la tension périphérique dans la grande circulation, et augmentent celle de la petite circulation. Les agents vaso-constricteurs — strychnine, muscarine, nicotine, électricité — provoquent de la vaso-constriction périphérique et de l'hypertension artérielle, mais laissent le cœur droit hors de leur atteinte : il en résulte donc une dissociation dynamique.

La digitale et l'helléboréine se comportent d'une façon absolument semblable (Binz, Openchowski, Fr. Frank). Ainsi dans le cas d'intoxication mortelle par la digitale, le ventricule gauche s'arrête en systole, le ventricule droit en diastole, preuve que dans l'un les phénomènes d'excitation prédominent, et dans l'autre les phénomènes de dépression. L'explication anatomique est donnée par l'état des coronaires : la gauche avec toutes ses branches est dilatée au maximum, parfois jusqu'à la rupture décelée par des hémorrhagies interstitielles ; la droite a son apparence habituelle ou elle est même contractée. Or, longtemps avant que cette action n'ait atteint l'intensité qu'on trouve sur le cadavre, l'hémisystolie est manifeste : le ventricule gauche se contracte une fois pendant que le ventricule droit se contracte deux fois (Openchowski). Il est vrai que cet asynchronisme n'a jamais été vu par Fr. Franck ; mais cela peut tenir à sa technique ; il introduit des sondes cardiographiques dans les ventricules ; or, les ballons de caoutchouc appliqués contre la cloison et les parois ventriculaires, les irritent tant par leur contact que l'effet du poison même est annihilé.

La réaction des coronaires explique l'action défavorable ou néfaste même de la digitale dans la sclérose corona-

Digitized by Google

rienne ; on n'a pas besoin d'admettre une dégénérescence telle du muscle qu'il ne puisse plus obéir à la digitale : il suffit que l'artère ne réagisse pas convenablement et n'amènera pas à chaque endroit la quantité de sang juste nécessaire pour faire fonctionner l'appareil régulateur. La coronaire droite, se laissera dilater par la pression intra-aortique exagérée par le médicament ; car l'artériosclérose s'accompagne de perte d'élasticité et de dilatabilité vasculaire, comme Lukjanoff l'a démontré ; alors la paroi ventriculaire droite inondée de sang artériel, augmentera son énergie, et au lieu de laisser le ven tricule gauche travailler à décharger la petite circulation, elle continuera à y accumuler du sang, même davantage qu'avant la digitale. Mettons par exemple que le ventricule droit lancait à chaque systole 71 centim. cubes de sang dans les poumons, et que le ventricule gauche en aspirait 70; il restait 1 centim. cube d'excédent par systole. Si, après la digitale l'énergie est doublée, le ventricule droit en fournira 142, le ventricule gauche en recevra 140; reste donc 2 cc., d'où congestion pulmonaire aggravée du double. De fait, les différences sont bien moindres en réalité que dans notre exemple : car si dans un cœur battant avec une fréquence de 72 contractions par minute, le ventricule gauche déversait par systole une seule goutte de sang (1 gr. = 16 gouttes) en plus que le droit, 16 à 18 heures suffiraient pour faire passer la quantité totale de sang de la grande dans la petite circulation, et *vice versa*. L'action de la digitale se fait donc surtout valoir par l'intermédiaire des artères coronaires ; aussi, quand on voit après l'administration de ce médicament la base du poumon s'abaisser à la percussion, le second bruit au foyer pulmonaire affecter un timbre retentissant, quand on constate de la cyanose, de la dyspnée, des palpitations subjectives intenses, de l'hémoptysie, une augmentation du volume des organes parenchymateux, même avec un pouls radial plein et ralenti, on peut de droit diagnostiquer la sclérose de l'artère coronaire droite

Si la branche gauche est scléreuse et si elle ne peut pas se dilater autant qu'elle le fait d'habitude, le ventricule gauche cherche à lutter contre l'hypertension périphérique digitalique par le nombre de ses contractions, surtout quand il est déjà fatigué ; mais sa nutrition n'est pas assurée en proportion de son effort, et le malade succombe rapidement avec de la congestion secondaire de la circulation pulmonaire. Des observations avec autopsie d'Openchowski (*Zeitschrift f. Klin. Med.* vol. XVI) et d'Ehrlich (Wratsch n° 28, 1894) corroborent ces faits. Aussi, faut-il être prudent avec la digitale dans les maladies de l'aorte, où le processus morbide a pu intéresser les artères coronaires ; du reste, le prolongement de la diastole, la bradydiastolie digitalique de Huchard n'est pas utile dans ces lésions : dans le rétrécissement aortique, il serait plus avantageux d'avoir une systole prolongée : car, même énergique, elle ne parvient pas à faire passer tout le sang à travers l'orifice rétréci, si elle est brève. Dans l'insuffisance aortique, plus la diastole est longue, plus il refluera de sang dans le ventricule.

L'importance de cet effet coronarien de la digitale n'empêche pas son action directe sur le myocarde, mais comme le cœur gauche est beaucoup plus riche en fibres que le cœur droit, son énergie sera augmentée en proportion de son volume ; cette action musculaire est donc parallèle à celle qui se fait par l'intermédiaire des coronaires.

De ce qui précède, on voit combien il est important que les deux cœurs travaillent avec une harmonie parfaite. Pourtant, la dissociation fonctionnelle existe même à l'état physiologique ; chaque respiration produit un trouble de l'équilibre en comprimant ou en décomprimant la petite circulation ; chaque effort physique demande, tantôt à l'une, tantôt à l'autre moitié du cœur, un travail supplémentaire d'accomodation, premier pas vers une dissociation.

A l'état de décompensation morbide avec stase pulmonaire, il faut, à plus forte raison, que le ventricule gauche redouble d'énergie et que le ventricule droit diminue la sienne pour remettre le tout en ordre. C'est cette dissociation curative que réalise la digitale à dose thérapeutique, pourvu que le cœur dispose d'une quantité d'énergie suffisante ; sans cela, la dissociation dynamique ne suffit pas et on voit arriver la dissociaiion rythmique, l'hémisystolie, état dans lequel le cœur met en ligne ses dernières forces de réserve. Quand on lui demande encore plus, il offre des contractions péristaltiques et des contractions fibrillaires, puis meurt.

Ces considérations prouvent la valeur scientifique qu'acquiert la notion de la dissociation dans le sens le plus large du mot, et démontrent à quels développements intéressants cette notion peut donner lieu. — Dr A. Blind.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Influence de préparations dérivées de la viande sur la croissance et la santé des animaux. — M. A. Gautier communique les résultats d'expériences faites pour étudier la valeur nutritive du bouillon, des extraits de viande, des peptones, de la somatose chez les cobayes nourris par ces produits. Il tire de ses recherches les conclusions suivantes :

Chez les animaux affaiblis, convalescents ou malades, il peut y avoir avantage à substituer à une partie des aliments ordinaires quelques-unes des préparations dérivées de la viande (extrait de Liebig, peptonum carnis K, peptone pepsique G. C, somatose); elles hâtent d'une façon évidente le retour à la santé deux fois plus vite que les aliments naturels.

En pleine santé, l'alimentation naturelle, lorsqu'elle est possible, donne toujours les résultats les meilleurs ; mais il n'en est plus de même si les animaux sont malades. Dans l'état d'affaiblissement, de convalescence ou de maladie

Digitized by Google

confirmée, les préparations issues de la viande possèdent l'efficacité relative la plus grande: le petonum carnis d'abord, puis l'extrait Liebig viennent en tête. Ce sont aussi les préparations les plus agréables au goût, celles que l'instinct nous fait accepter de préférence. N'est-il pas remarquable de rapprocher ces faits, établis par nos expériences, de cette ancienne opinion qu'on était depuis quelques années trop disposé à considérer comme un préjugé populaire, que le bouillon est favorable aux convalescents et aux affaiblis ?

Il semble bien évident que si l'on a pu nourrir et faire prospérer des cobayes (rongeurs omnivores) avec un régime où les extraits et préparations artificielles issues de la viande entraient pour une part raisonnable, et retirer, en certains cas, des effets très favorables de ce mode d'alimentation, ces effets doivent être atteints d'une façon encore plus sûre, lorsqu'il s'agit de l'homme, habitué depuis des siècles à faire entrer la viande et ses nombreux dérivés dans son alimentation journalière.

Sur le traitement de la grippe. — M. Fernet. La grippe est une maladie toxi-infectieuse, contagieuse, caractérisée surtout par des troubles nerveux, de la fièvre et des congestions viscérales. Le bacille de Pfeiffer en est la cause prochaine; les toxines fournies par ce bacille déterminent la plupart des accidents, l'élimination de ces toxines par les reins juge la maladie.

La prophylaxie de la grippe consiste dans les pratiques *d'isolement*, quand elles sont réalisables, et dans l'antisepsie du nez et de la bouche, portes d'entrée des germes infectieux, comme le recommandent MM. Huchard et Laborde.

A défaut d'un remède spécifique qui reste encore à trouver, les indications thérapeutiques de la grippe sont les mêmes que celles des maladies toxi-infectieuses en général: soutenir les forces et entretenir la résistance des malades par l'alimentation ; favoriser l'élimination des toxines en provoquant une diurèse abondante.

Le régime lacté, les boissons abondantes, les lavements aqueux ou alimentaires, divers moyens hydrothérapiques (bains froids ou chauds, lotions froides, enveloppements froids, compresses froides sur le thorax), les injections de sérum et de strychnine répondent le mieux à ces indications thérapeutiques; les remèdes médicamenteux n'ont qu'un rôle accessoire *(13 mars)*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Hydarthrose chronique des petites jointures. — M. Galliard présente un homme de 54 ans, atteint de dactylhydarthroses chroniques ; siégeant sur les articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalanginiennes des doigts. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'aspect fusiforme des deux médius, qui sont symétriquement tuméfiés au niveau de leur articulation phalango-phalanginienne, tandis que les extrémités paraissent effilées. L'articulation correspondante des cinquièmes doigts offre aussi une hydarthrose symétrique, mais moins développée que celle des médius. Même lésion à l'annulaire droit, le gauche étant indemne. Rien de pareil aux index, ni aux pouces.

Si les articulations des phalangettes sont indemnes, les métacarpo-phalangiennes sont intéressées, surtout celles des cinquièmes doigts et des index, qui offrent symétriquement des tuméfactions appréciables.

Les doigts ont leur attitude et leur direction normales, n'offrent aucune des déformations du rhumatisme noueux Leur flexion est possible, mais limitée ; l'extension complète est possible.

Pas de rougeur des téguments ; rien de visible à la face palmaire. L'état de ce malade est stationnaire depuis 6 ans, atteint antérieurement de crises rhumatismales ; il présente de plus une ankylose des poignets et une hydarthrose du genou droit. Cette affection s'est déclarée chez lui à la suite d'un refroidissement et s'est montrée jusqu'ici rebelle aux efforts de la thérapeutique.

Leucocythémie. — M. Hayem communique trois cas de leucocythémie, remarquables en ce que l'augmentation des globules blancs a porté surtout sur le nombre des globules mononucléaires. Les polynucléaires, non seulement n'ont pas pris part au processus de multiplication, mais encore paraissent avoir diminué de nombre.

Etude bactériologique de la rougeole. — M. Lesage fait connaître ses recherches bactériologiques sur le microbe de la rougeole. Il a isolé dans le muccus du nez, de la gorge de malades atteints de la rougeole un microcoque, qu'il a également retrouvé dans le sang et les poumons de sujets morts de cette affection, et qu'il considère comme agent spécifique de cette affection. Toutefois la preuve expérimentale lui a fait défaut, la rougeole n'étant pas inoculable aux animaux.

Septicémie suraiguë chez les nourrissons. — M. Lesage. Les septicémies, chez les nourrissons, sont à ce jour mieux connues, depuis les recherches de M. Hutinel et de ses élèves.

Ces septicémies présentent des tableaux différents.

Tantôt l'enfant injecté présente de la diarrhée, de la fièvre et un mauvais état général ; c'est le type gastro-intestinal, qui se complique parfois de bronchopneumonie, de méningite. Le streptocoque, le staphylocoque, le bacterium coli en sont les agents principaux.

Tantôt la septicémie présente un aspect plus franc. Il existe des lésions cutanées, des abcès, des portes d'entrée visibles. L'état général est mauvais, infecté ; on note de la fièvre et parfois des troubles digestifs. Ce sont des septicémies à staphylocoques.

Tantôt la septicémie affecte des allures spéciales, elle est suraiguë, saisit brutalement le nourrisson, si bien qu'en quelques heures la température atteint 40—41° et la mort sur-

Digitized by Google

vient en un court espace de temps. La dyspnée est intense et cependant l'auscultation montre l'intégrité des organes respiratoires. L'état général est très altéré et infecté (facies pâle, blafard, yeux éteints, sécheresse des lèvres et de la langue, somnolence, cris rares et étouffés, parfois une légère diarrhée.)

L'enfant meurt rapidement et à l'autopsie on ne trouve aucune lésion bien évidente. Cependant l'examen de tout l'arbre bronchique permet de reconnaître l'existence d'une culture soit de streptocoque, soit de pneumocoque; cette dernière forme de septicémie est épidémique et contagieuse.

Isolement des tuberculeux dans les asiles de convalescence et dans les hôpitaux parisiens. — M. Barth lit un rapport sur ce sujet qu'il termine par les propositions suivantes :

1° Que dans les hôpitaux de Paris, des salles particulières, en nombre suffisant pour éviter l'encombrement, soient affectées aux grands phtisiques, dont la présence dans les salles communes constitue un danger pour la généralité des malades.

2° Que des pavillons spéciaux soient réservés dans les asiles de convalescence aux malades atteints de tuberculose ouverte avec expectoration bacillifère. *(9 mars).*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Des troubles digestifs dans l'appendicite chronique. Rôle de l'infection et des épiploïtes. — M. Walther. (Voir cette communication page 182).

Plaie de l'estomac et de la rate par balle de revolver, laparotomie, guérison. — M. Demoulin a communiqué l'observation suivante, objet d'un rapport de M. Rochard. Une jeune fille de 21 ans est amenée à l'hôpital pour une plaie pénétrante de l'abdomen, par balle de revolver. M. Demoulin qui la voit une heure et demie après l'accident, se trouve en présence d'une malade pâle, avec refroidissement des extrémités, pouls faible, irrégulier; T. 36°,5; vomissement de sang, contracture de la paroi abdominale. Ces symptômes ne laissaient aucun doute sur la pénération de la balle. Il fit la laparotomie immédiate, trouva un épanchement sanguin considérable dans le péritoine, une perforation de la paroi antérieure de l'estomac, qu'il ferma, et une plaie longue de 2 centimètres, sillonnant la rate. Celle-ci fut suturée à la soie, et après le nettoyage du péritoine, la cavité abdominale fut refermée et drainée. Dix jours après, cette femme était guérie, quoiqu'elle fût albuminurique.

M. Michaux approuve la conduite de M. Demoulin et est partisan d'une intervention complète et radicale dans les cas de plaie de la paroi abdominale par balle de revolver, même quand il s'agit de petit projectiles, et que la pénétration ne semble pas exister. On évite ainsi de méconnaître une plaie pénétrante de l'abdomen, comme cela lui est arrivé. *(7 mars.)*

BIBLIOGRAPHIE

Tableaux synoptiques de symptomatologie clinique et thérapeutique, par le Dr Gautier. Paris, 1900. Baillière, éditeur.

Dans ce livre l'auteur étudie les symptômes cliniques qui révèlent les différentes maladies. Ces symptômes, en effet, fournissent les indications pathologiques nécessaires pour établir une thérapeutique physiologique.

On trouvera en regard de chaque symptôme le tableau des affections où il se rencontre, sa pathogénie et les indications qui en résultent, avec les moyens physiologiques de le combattre, c'est dire que ce volume, essentiellement pratique, sera de la plus grande utilité à l'étudiant et au praticien qui y trouveront dans maintes circonstances des renseignements précieux.

Précis de chirurgie infantile, par T. Piechaud, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux. Paris, 1900. Doin, éditeur.

Dans ce livre, l'auteur aborde toutes les questions de chirurgie infantile, non seulement les affections spéciales au jeune âge mais aussi un grand nombre, communes à l'enfant et à l'adulte, mais présentant chez le premier des caractères particuliers.

C'est surtout un livre de clinique et de pratique où l'on trouvera décrits, non tout au long comme dans les grands traités, mais succinctement et d'une façon précise les caractères importants des diverses affections chirurgicales de l'enfance, leur évolution, leurs complications; pour chacune l'auteur termine en donnant les indications thérapeutiques et en exposant la technique des opérations à pratiquer.

C'est un livre que l'étudiant et le praticien consulteront avec profit, aussi ne doutons-nous pas de son succès. — J. M. J.

La moelle osseuse à l'état normal et dans les infections, par MM. Roger, agrégé de la Faculté, et Josué, ancien interne des hôpitaux. Une brochure de l'Œuvre médico-chirurgical, chez Masson, éditeur.

Cette monographie reprend et complète les travaux que Josué avait consignés dans sa thèse sur la moelle osseuse des tuberculeux; la question se trouve ici étendue et la moelle osseuse est étudiée dans les infections en général.

C'est surtout un travail de science pure, et principalement, d'histologie pathologique qui est très important et fera date, mais dont la partie pratique n'est pas encore considérable malgré les essais d'opothérapie. Aussi, cette monographie s'adresse-t-elle surtout aux chercheurs et à ceux qui désirent suivre le progrès d'une question tres intéressante en soi. — S. R.

Notions de laryngoscopie utiles au médecin, par le Dr J. Callet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. Un vol. de la Collection Leauté, chez Masson, éditeur.

Petit livre très clair et très pratique qui sera surtout très utile aux débutants et qui contient suffisamment de renseignements pour la pratique courante. Il a d'ailleurs été le but de l'auteur qui a complètement réussi. — S. R.

Les sanatoriums et leurs variétés nécessaires, par MM. Brouardel et Grancher. (Une monographie extraite des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, chez Baillière, éditeur).

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Houllier.

Paris. — Imp. [illegible], 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Enfants-Malades. — M. MARFAN

Sur deux cas de paralysie pseudo-hypertrophique

avec une vue d'ensemble sur les atrophies musculaires progressives

Je mets sous vos yeux deux frères, l'un âgé de 11 ans, l'autre de 6 ans 1/2, qui sont tous les deux atteints de la même maladie : la paralysie pseudo-hypertrophique de Duchenne, c'est-à-dire la variété la plus fréquente de myopathie progressive, qui fut d'ailleurs la première connue de ce groupe morbide. C'est celle qu'on observe presque exclusivement dans les hôpitaux d'enfants, car, en même temps que c'est la plus fréquente, c'est celle dont le début est le plus précoce.

Ces deux enfants viennent du Limousin. Ils sont issus d'un père épileptique et d'une mère qui paraît bien portante. Celle-ci a eu quatre grossesses, toutes suivies d'accouchement à terme ; une fillette est morte d'érysipèle à 2 ans ; un fils, aujourd'hui âgé de 18 ans, est bien portant ; restent enfin nos deux petits malades. On ne connaît pas dans la famille d'autre exemple de l'affection dont ils sont atteints.

Des deux frères, le plus jeune est à une phase moins avancée de la maladie, et présente un aspect plus caractéristique. C'est lui que je vais d'abord vous présenter.

Il est âgé de 6 ans 1/2 ; il a appris à marcher à un an ; et il a marché très correctement, nous dit-on, jusqu'à 5 ans. A cet âge, les parents s'aperçoivent qu'il marche avec peine, et qu'il tombe facilement. Plus tard, quand il tombe, il se relève très lentement et avec beaucoup d'efforts. Enfin, il est obligé d'user, pour se mettre debout, d'un artifice bien connu et qui est propre à cette forme de myopathie : il se couche à plat ventre, puis se met à quatre pattes, redresse ses jambes, rapproche ses mains de ses pieds, puis place ses mains sur ses genoux et se redresse ; comme on l'a dit, il grimpe en quelque sorte après lui-même.

Aujourd'hui, même avec cet artifice, il est incapable de se relever. Il a même beaucoup de peine à se tenir debout et à marcher sans un soutien. Mais si on l'aide, il y parvient encore. Son attitude et sa démarche sont caractéristiques : voyez l'*écartement considérable des jambes l'oscillation du tronc pendant la marche* (démarche de canard), et l'*extraordinaire ensellure lombo-dorsale, avec les épaules rejetées en arrière*. Cette attitude et cette démarche s'expliquent par ce fait que les muscles qui s'atrophient les premiers et sur lesquels la maladie atteint son plus haut degré sont les muscles *du membre inférieur*, surtout *ceux du mollet et des fesses*, et les *muscles des lombes et du dos*. L'impotance des premiers se trahit par l'écartement des jambes et la démarche oscillante. Les muscles des lombes et du dos sont des extenseurs du tronc ; lorsqu'ils s'affaiblissent, ils ne peuvent s'opposer à la chute du corps en avant, le malade rejette ses épaules en arrière ; d'où résulte l'ensellure lombaire, qui disparaît d'ailleurs par le repos au lit.

Quand on examine les muscles dont cette attitude et cette démarche révèlent l'affaiblissement, on relève ce fait paradoxal qu'il en est quelques-uns qui, loin d'apparaître atrophiés, sont notablement augmentés de volume ; ils ont des reliefs de muscles athlétiques. Regardez les mollets de ce petit malade : ils sont gros, saillants ; les saillies musculaires y sont bien dessinées et, à la palpation, on y constate une dureté presque ligneuse. Il y a un contraste évident entre le volume du corps des muscles postérieurs de la jambe et le tendon d'Achille qui, relativement, paraît grêle. Voyez maintenant les muscles de la région antérieure de la jambe : ils forment une saillie considérable, ce qui, je crois, n'a presque jamais été relevé, ces muscles étant ordinairement épargnés par le processus. A la cuisse, il y a augmentation de volume du triceps crural, d'autant plus facile à apprécier que les autres muscles de la région antérieure sont atrophiés ; à la partie postérieure, la masse musculaire paraît un peu augmentée de volume. Les muscles de la fesse, bien que très affaiblis, ont un volume qui paraît normal. Ceux de la région lombaire sont hypertrophiés et forment un relief très facile à apprécier.

Que signifie donc cette augmentation de volume de muscles manifestement très affaiblis ? La réponse est fournie par l'anatomie pathologique.

En même temps que les fibres musculaires s'atrophient, le tissu interstitiel du muscle prolifère et aboutit à la formation de tissu scléreux et de tissu adipeux ; suivant que c'est l'un ou l'autre de ces tissus qui l'emporte, la consistance du muscle est dure, ligneuse, ou bien molle, pâteuse. Il y a donc des lésions du tissu interstitiel qui masquent l'atrophie réelle sous une apparence d'hypertrophie.

L'état pseudo-hypertrophique des muscles malades est d'ailleurs destiné à disparaître et à faire place plus tard à une diminution du volume. Il fait ordinairement défaut au membre supérieur et à l'épaule. En examinant le malade, vous serez frappés de l'opposition qui existe entre le haut du corps où les muscles sont grêles et les membres inférieurs où les reliefs musculaires sont bien marqués.

Digitized by Google

Remarquez la diminution de volume des pectoraux, voyez aussi le faible relief du bord du trapèze; sous l'omoplate détachée du thorax, il est visible que le grand dentelé est atrophié. L'impotence des muscles scapulaires détermine une attitude spéciale : les épaules sont en avant, la face antérieure du thorax étant plane et presque transformée en gouttière, les omoplates détachées du thorax comme des ailes *(scapulæ alatæ)*. Le deltoïde, pourtant presque toujours pris, a conservé ici sa forme et sa force normales. Les muscles du bras sont atrophiés; ceux de l'avant-bras et de la main sont indemnes. Tous les muscles de la face et le diaphragme sont également normaux. L'examen électrique, pratiqué par M. Larat, n'a pas révélé de réaction de dégénérescence, mais seulement une diminution de la contractilité électrique, légère au membre supérieur, plus marquée au membre inférieur, surtout à gauche, et dans les muscles du dos.

Le réflexe rotulien est très affaibli. La sensibilité est normale. L'intelligence est un peu obtuse. Comme troubles des fonctions végétatives, on ne relève chez lui qu'un certain degré de cyanose des extrémités et une hypersécrétion sudorale des mains et des pieds.

Le second de nos malades, le plus âgé des deux frères est âgé de 11 ans; sa maladie est plus avancée, car il est incapable de se tenir debout. Vers l'âge de 6 ans, ses parents ont remarqué qu'il marchait avec difficulté et qu'il tombait fréquemment; jusqu'à 8 ans, il a pourtant pu marcher et se relever par l'artifice que j'ai indiqué. Mais, à partir de 8 ans, l'enfant reste couché ou assis toute la journée, incapable de marcher ou de se mettre debout. Vous le voyez aujourd'hui dans son attitude habituelle (c'est l'attitude du Boudha); assis dans son lit, les genoux écartés, les pieds au contact, le tronc penché en avant et comme tassé; les épaules sont aussi projetées en avant et la face antérieure du thorax est presque concave; les omoplates sont en forme d'ailes.

Bien que la maladie soit ici assez avancée, l'état hypertrophique est encore nettement appréciable en un grand nombre de points.

Les mollets sont gros et durs; les cuisses ont un volume normal bien que les muscles en soient très affaiblis. Les fesses sont volumineuses, saillantes. Les muscles ds la région lombaire forment un relief très accusé. Mais les muscles pectoraux, les fibres moyennes du trapèze, le grand dentelé, sont atrophiés. Le deltoïde qui a son volume normal, est presque complètement impotent. Les muscles du bras sont atrophiés. Ceux de l'avant-bras et de la main sont normaux.

Lorsqu'on met l'enfant sur le dos, dans la position horizontale, il lui est fort difficile de s'asseoir, ce que fait facilement son jeune frère; il n'y parvient qu'en se couchant d'abord sur le côté, puis en se soulevant avec le bras correspondant; il y a donc aussi atrophie des muscles de l'abdomen (obliques, transverses, droit antérieur).

Les muscles de la face et le diaphragme sont intacts.

Une particularité de l'état de ce malade, qui fait défaut chez son jeune frère, ce sont les rétractions fibreuses des tendons des membres inférieurs qui sont une cause de son attitude spéciale. Il y a un pied-bot varus équin irréductible, dû principalement à la rétraction du tendon d'Achille; il y a aussi une demi-flexion de la jambe sur la cuisse par rétraction des tendons du creux poplité.

L'examen des réactions électriques a montré, comme chez le frère, l'absence de réaction de dégénérescence et une diminution de la contractilité; celle-ci plus grande que chez l'autre malade. Chez lui ausssi l'intelligence est un peu obtuse, il n'y a pas de troubles de la sensibilité et on constate la cyanose des extrémités et l'hypersécrétion sudorale des mains et des pieds.

Je relève, en terminant, une particularité commune aux deux frères : c'est leur extrême brachycéphalie : l'aîné a un indice céphalique de 118, le cadet de 107. Cette déformation crânienne se retrouve chez presque tous les myopathiques; elle a été signalée par MM. Marie et Onanoff qui l'attribuent à une ostéomalacie de l'occipital.

Ces deux enfants sont donc atteints de la maladie décrite pour la première fois par Duchenne, en 1861 et en 1867, sous le nom de *paralysie pseudo-hypertrophique ou myo-sclérosique*.

Sur ses causes, on ne connaît que deux notions positives. D'abord, c'est une maladie qui débute dans les premières années de la vie, parfois, de très bonne heure, et dans ce cas, l'enfant n'apprend jamais à marcher; elle ne se montre que très rarement après 6 ans. Cependant, on a signalé des cas, dans lesquels la maladie a débuté après 15 ans. En second lieu, la paralysie hypertrophique est une maladie familiale et héréditaire. Elle se développe sur plusieurs enfants de la même famille, bien plus souvent sur les garçons que chez les filles; mais si les filles échappent à l'affection, elles ont le fâcheux privilège de la transmettre à leurs descendants mâles.

Elle se manifeste par une diminution graduelle de la contractilité volontaire qui aboutit à l'abolition complète des mouvements; sa distribution et sa marche sont toujours symétriques. Elle débute par les muscles du mollet, de la cuisse, des fesses et par les muscles lombaires et dorsaux, et vous avez vu sur notre première malade quelle attitude et quelle dé-

Digitized by Google

marche caractéristiques engendre l'impotence de ces muscles. Puis la maladie envahit le deltoïde, le grand dentelé, le trapèze (surtout les fibres inférieures), les pectoraux et les muscles du bras. Les muscles de l'avant-bras, sauf le long supinateur et ceux de la main sont ordinairement respectés. L'atrophie gagne ordinairement les muscles de la face et le diaphragme. Cependant, Duchenne a cité un cas où les muscles de la face et le masseter étaient pris; Weir Mitchell en a rencontré un où les muscles de la face, ceux de la langue et les temporaux étaieut atteints et offraient un volume exagéré.

Le caractère singulier de cette atrophie musculaire progressive, c'est qu'au début, et surtout au mollet, elle est masquée par une augmention de volume des muscles atteints : l'atrophie se cache sous une apparente hypertrophie; il y a une sorte d'ironie dans le contraste de cet aspect athlétique et de l'impotence croissante. L'état pseudo-hypertrophique est à peu près constant au mollet, mais il peut s'observer aussi, quoique avec une fréquence moindre sur les muscles fessiers, le quadriceps crural, les muscles sacro-lombaires. Il est plus rare aux muscles grand dentelé, deltoïde, biceps et triceps du bras, sur les muscles de l'omoplate; en général, il y a une opposition saisissante entre le haut du corps, maigre et décharné, et les membres inférieurs où tous les reliefs musculaires sont exagérés. Cependant il y a des cas où l'hypertrophie atteint un très grand nombre de muscles et où le sujet présente, suivant l'expression de M. Bergeron, une caricature de l'Hercule Farnèse. Mais, même dans le cas où l'hypertrophie est diffuse, il y a des muscles qu'elle respecte presque toujours : les muscles de la région antéro-externe de la jambe (cependant ils sont augmentés de volume chez le plus jeune de nos deux malades), les grands pectoraux, les rhomboïdes et les muscles du cou.

Dans un certain nombre de muscles, l'atrophie de la fibre musculaire et la prolifération du tissu interstitiel s'équilibrent de telle sorte que leur volume ne change pas; en pareil cas, l'exploration électrique est souvent indispensable pour découvrir le processus atrophique.

L'état hypertrophique ne s'étend pas aux tendons; il en résulte souvent un contraste singulier, un défaut d'harmonie un peu choquant entre le corps musculaire très gros et les extrémités tendineuses très grêles.

L'apparence hypertrophique est un phénomène du début; elle disparaît par la suite; à mesure que le processus fait des progrès, elle fait place à une apparence de volume normal et finalement à une atrophie nettement appréciable. Il arrive un moment où tous les muscles atteints sont diminués de volume et où, désormais, l'atrophie n'étant plus masquée par la myosclérose, se montrera, progressant toujours.

C'est, en effet, la loi d'évolution de la paralysie pseudo-hypertrophique comme de toutes les myopathies, que le processus est progressif, qu'il peut parfois subir des temps d'arrêt plus ou moins longs, mais qu'il ne recule jamais. L'affection est absolument incurable.

D'abord, les enfants peuvent encore marcher; après un ou deux ans, ils ne le peuvent plus; mais ils peuvent encore, étant couchés, se mettre péniblement sur leur séant. Vient enfin un moment où ils sont obligés de rester constamment étendus dans la position horizontale et où l'impotence devient telle qu'ils ne peuvent plus porter leurs aliments à leur bouche. Ce sont alors des infirmes définitifs, des grabataires. Malgré cet affaiblissement progressif de la contractilité volontaire, longtemps encore les fonctions de la vie végétative peuvent rester satisfaisantes. On ne relève guère comme troubles de celles-ci, qu'un certain degré de cyanose des extrémités et de l'hypersécrétion sudorale des mains et des pieds. Mais la vitalité finit par fléchir et alors les malades deviennent facilement la proie d'une infection accidentelle qui les emporte; la mort survient le plus souvent par le fait d'une bronchopneumonie, d'une pneumonie, d'une tuberculose. Par exception, ils succombent à une asphyxie due à la propagation de l'atrophie aux muscles respiratoires, au diaphragme en particulier. Les sujets atteints de paralysie pseudo-hypertrophique meurent presque toujours entre 15 et 20 ans.

A l'autopsie, on trouve dans le muscle des fibres atrophiées et séparées par du tissu conjonctif plus ou moins scléreux et adipeux. Mais, mises de côté les altérations qui dépendent d'une maladie intercurente, c'est la seule lésion qu'on constate; *il n'y a aucune modification appréciable du système nerveux central ou périphérique.* La paralysie hypertrophique semble donc, primitivement et essentiellement, une maladie du système musculaire à fibres striées. Pendant longtemps, elle a été la seule forme connue de myopathie primitive. Mais, depuis 1884, d'autres variétés sont venues s'adjoindre à elle et, avec elle, constituer un groupe morbide important : les atrophies musculaires progressives d'origine myopathique.

Il me paraît intéressant de rechercher comment s'est opérée la constitution de ce groupe, et de vous montrer brièvement où en est aujourd'hui la question des atrophies musculaires progressives. Comme on n'est pas encore arrivé à des résultats définitifs, c'est en suivant l'ordre historique que nous pourrons le mieux nous rendre compte des acquisitions et des lacunes du sujet.

Digitized by Google

C'est aux environs de 1850 que Cruveilhier, Duchenne et Aran isolèrent du groupe des paralysies une variété spéciale d'impotence musculaire dans laquelle le trouble trophique du muscle est le phénomène initial et essentiel et où l'affaiblissement de la motilité, au lieu d'être le fait primitif et fondamental, comme dans les paralysies, est consécutif à l'atrophie et proportionnel au degré de celle-ci. Deux autres caractères achèvent de spécifier cet état morbide : sa distribution symétrique et étendue à un grand nombre de muscles ; sa marche progressive, la maladie pouvant présenter des temps d'arrêt, mais ne rétrocédant jamais. Ainsi définies, les atrophies musculaires progressives constituent un groupe bien défini, nettement séparé, non seulement des paralysies, mais encore des autres atrophies musculaires (partielles, succédant à des paralysies ou à d'autres troubles moteurs comme l'ataxie, les contractures, etc.).

La première forme décrite d'atrophie musculaire progressive fut celle qu'on désigne aujourd'hui sous le nom de *Type Duchenne-Aran*. En voici les principaux traits. L'affection débute dans l'âge adulte ; elle n'est ni familiale ni héréditaire ; elle commence par la main, où elle envahit les éminences thénar et hypothénar et les muscles interosseux, déterminant ainsi l'aspect de la « main en griffe ». Elle gagne ensuite les muscles de l'avant bras, plus tard ceux de l'épaule et du bras ; puis, les muscles du tronc sont atteints et quelquefois ceux des membres inférieurs. Elle s'accompagne de contractions fibrillaires dans les muscles atteints par l'atrophie ; à l'exploration électrique, la réaction de dégénérescence est partielle et tardive. Elle se termine par une maladie intercurrente préparée par la cachexie qu'amène l'impotence croissante (phtisie, broncho-pneumonie, etc.), ou par paralysie du diaphragme, ou par paralysie bulbaire. En 1860, Luys démontra que cette affection relève d'une inflammation chronique, à marche très lente, des cornes antérieures de la moëlle (poliomyélite antérieure chronique), aboutissant à l'atrophie des grandes cellules motrices de cette corne. On considéra alors que toutes les atrophies musculaires progressives rentrent dans le type Duchenne-Aran et sont liées à une lésion des cornes antérieures de la moëlle. Cette conception, avec l'idée corrélative de l'influence trophique et motrice des cornes antérieures de la moëlle sur les muscles volontaires, reçut un appui des recherches sur la paralysie spinale de l'enfance et sur la sclérose latérale amyotrophique de Charcot. Cependant le groupe unique ainsi constitué ne tarda pas à se disloquer.

Vers 1860, Duchenne décrivit une autre forme de l'atrophie musculaire progressive, celle dont je viens de vous montrer deux cas, la paralysie pseudo-hypertrophique. Or, dans celle-ci, comme je viens de vous le dire, on ne put trouver de lésions appréciables du système nerveux. Mais cette forme s'écartait tellement par son aspect clinique de l'atrophie type Aran-Duchenne, qu'on ne songea pas à l'en rapprocher.

Pourtant, après 1870, Friedreich, Leyden, Möbius, Lichtheim, citèrent des cas d'atrophie musculaire progressive empruntant des caractères cliniques aux deux formes et dans lesquels on ne trouva aucune lésion nerveuse. En 1884, Landouzy et Déjerine en France, Erb en Allemagne, montrèrent que le plus grand nombre des cas d'atrophie musculaire progressive ne s'accompagnent pas de lésions nerveuses, qu'ils représentent des cas de myopathies primitives et que le type Duchenne-Aran est extrêmement rare. Le domaine de celui-ci se restreignit encore quand on connut la syringomyelie qui peut donner naissance à une atrophie musculaire progressive lui ressemblant beaucoup.

A ce moment, on admit deux grands groupes d'atrophies musculaires progressives. Le premier comprenait les cas d'origine *myélopathique ;* son domaine, très restreint, était rempli presque entièrement par les rares observations authentiques du type Duchenne Aran. Le second renfermait les cas d'origine *myopathique*, de beaucoup les plus nombreux.

Dans ce groupe des myopathies primitives, on trouve des formes cliniques diverses, mais qui, toutes, ont des caractères communs les distinguant du groupe des atrophies progressives myélopathiques. Le tableau suivant indique ces caractères en les opposant à ceux de l'atrophie myélopathique du type Aran-Duchenne.

Atrophie musculaire progressive d'origine myélopathique (Type Duchenne-Aran)	*Atrophie musculaire progressive d'origine myopatique*
Début dans l'âge adulte.	Début dans l'enfance ou l'adolescence.
Ni familiale, ni héréditaire.	Familiale, héréditaire.
Débute par les muscles de la main.	Débute par les muscles des membres inférieures ou les muscles spinaux, plus rarement par ceux de la face ou de la ceinture scapulo-humérale.
Contractions fibrillaires.	Pas de contractions fibrillaires.
Réaction de dégénérescence partielle.	Pas de réaction de dégénérescence.
Pas d'état pseudo-hypertrophique.	Pseudo-hypertrophie fréquente.
Terminaison possible par paralysie labio-glosso-laryngée.	Jamais de paralysie labio-glosso-laryngée.
Evolution relativement rapide.	Evolution lente.

Les variétés de myopathie primitive sont nombreuses; peut-être même a-t-on trop de tendance à les

Digitized by Google

multiplier. On peut, somme toute, les ramener à trois principales :

1° La paralysie pseudo-hypertrophique de Duchenne, dont je viens de vous parler. Le type décrit par *Leyden* et *Möbius* n'en diffère que par l'absence de pseudo-hypertrophie.

2° La forme décrite par MM. *Landouzy* et *Déjerine*, et que Duchenne avait fait rentrer dans les formes myelopathiques sous le nom de « variété infantile héréditaire ». Elle se développe chez des enfants déjà grands ou chez des adolescents ; elle est souvent héréditaire et familiale. Elle débute par la face et atteint ensuite les muscles de l'épaule et du bras. (Type facio-scapulo huméral). L'atrophie des muscles de la face détermine un faciès spécial bien décrit par Landouzy et Déjerine, sous le nom de « faciès myopathique ». Le visage est immobile, ayant une expression béate ou hébétée. Le front reste sans rides, que le sujet rie ou pleure. L'atrophie de l'orbiculaire des lèvres fait paraître la bouche plus grande et la laisse entr'ouverte ; le bord des lèvres se relève, devient saillant (lèvre de tapir). L'atrophie de l'orbiculaire des paupières fait que l'œil paraît grand ouvert et ne se ferme qu'incomplètement. Ensuite l'atrophie gagne tous les muscles de l'épaule et des membres inférieurs, mais elle respecte en général ceux de la main. Elle peut atteindre les membres inférieurs et les muscles spinaux. L'état pseudo-hypertrophique est presque toujours absent. On l'a pourtant constaté quelquefois au deltoïde.

3° La forme juvénile décrite par Erb débute vers la vingtième année, parfois avant ; elle est souvent familiale et héréditaire. La maladie commence par les muscles de la ceinture scapulaire (type scapulo-huméral) où elle peut déterminer l'apparence hypertrophique ; puis les bras s'amaigrissent ; les avant-bras et les mains restent longtemps intacts. Elle atteint ensuite les muscles du tronc et plus tard ceux des membres inférieurs. Parfois, elle se complique d'atrophie des muscles de la face et, par là, ce type rejoint celui de Landouzy et Déjerine.

Malgré les différences cliniques que présentent les variétés de myopathie progressive, elles offrent trop de similitudes, elles ont en commun trop de caractères fondamentaux, pour qu'on n'en forme pas un groupe unique et on peut, avec Erb, en désigner l'ensemble sous le nom de *dystrophie musculaire progressive*, ou, avec Landouzy et Déjerine, sous le nom de *myopathies primitives progressives*. Toutefois, on peut se demander si l'épithète de « primitive » est bien exacte. Parce qu'on ne trouve pas de lésions du système nerveux, cela ne veut pas dire, comme l'ont remarqué Erb et Lépine, qu'il y ait intégrité *fonctionnelle* du système nerveux central dans les myopathies progressives dites primitives. Entre les variétés de celles-ci d'une part et les atrophies myélopathiques d'autre part, on trouve des formes de transition qui les unissent et ont permis à certains auteurs de les regarder comme faisant partie de la même espèce morbide.

Mais, en vérité, l'heure présente n'est pas très favorable à une telle généralisation. Dans ces derniers temps, on a décrit de nouvelles formes d'atrophie musculaire progressive dont les uns ont pu dire qu'elles représentent des formes de transition entre les atrophies myélopathiques et les atrophies myopathiques ; et les autres, qu'elles se distinguent au contraire nettement des unes et des autres. Je fais allusion ici à trois affections décrites la première par Hoffmann en 1892, la seconde par Charcot et Marie en 1886, le troisième par Déjerine et Sottas en 1893.

La maladie décrite par Hoffmann sous le nom d'*amyotrophie spinale progressive de la première enfance* débute dans la première année ; elle reproduit le type Aran Duchenne, sauf que l'atrophie marche de la racine des membres aux extrémités et qu'elle s'accompagne d'un développement considérable du tissu cellulo-adipeux ; elle est familiale. La moelle présente une atrophie des cornes antérieures.

La maladie décrite par Charcot et Marie est une *forme particulière d'atrophie musculaire, débutant vers l'âge de 4 ans, parfois plus tard, souvent familiale, commençant par les pieds et les jambes, et atteignant plus tard les mains.* A l'autopsie, on trouve une atrophie des cornes antérieures et, de plus, faits nouveaux dans l'histoire des amyotrophies, de la sclérose des cordons postérieurs, de la dégénérescence et de la névrite interstitielle des nerfs périphériques.

Enfin l'affection décrite par Déjerine et Sottas sous le nom de *névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance*, est encore plus complexe. Au point de vue clinique, c'est une amyotrophie progressive des extrémités associée à des symptômes de tabes vulgaire, comme l'incoordination motrice et le signe d'Argyll-Robertson (ce qui la rapproche de la maladie de Friedreich ou ataxie héréditaire), à de la cypho-scoliose et à une hypertrophie des troncs nerveux accessibles au palper. C'est aussi une maladie familiale. A l'autopsie, on trouve des lésions qui ne diffèrent de celles du type Charcot-Marie que par la névrite interstitielle à caractère hypertrophique des nerfs périphériques et des racines antérieures et postérieures de la moelle.

Je cite sommairement tous ces faits pour vous montrer où en est aujourd'hui la question des

Digitized by Google

amyotrophies progressives et pour vous donner une vue d'ensemble de ces affections. Cet exposé, si bref qu'il soit, permet d'avancer que de nouvelles recherches sont indispensables pour qu'on puisse en donner une classification plus complète et en fournir une conception d'ensemble plus satisfaisante.

Ce qui malheureusement reste le plus certain, c'est le caractère progressif, fatal, de tous les états dont il vient d'être question. Pendant des années, on assiste à l'aggravation continue de l'atrophie et de l'affaiblissement musculaire. L'évolution est moins rapide dans les myopathies primitives; il y a parfois des temps d'arrêt plus ou moins longs; mais, dans aucun cas, on ne constate un recul de l'affection. Le malade finit par devenir un infirme, un grabataire, et il succombe soit à une complication intercurrente comme la phtisie, la bronchopneumonie, soit à une paralysie des muscles respiratoires.

J'ai donc le regret de terminer cette leçon par un aveu d'impuissance thérapeutique. Nous ne connaissons aucun remède capable d'arrêter la marche fatale des atrophies musculaires progressives. Ni la faradisation des muscles, ni la galvanisation de la moelle, ni le massage, ni l'hydrothérapie ne donnent de résultats. En vertu d'idées théoriques dont le fondement n'est pas bien solide, on a conseillé d'administrer du corps thyroïde. Voici deux mois que nos deux malades y sont soumis; le bénéfice est nul. On a proposé aussi de faire ingérer du thymus; comme nous avons le devoir de tout essayer dans des maladies contre lesquelles tout a échoué jusqu'ici, nous soumettrons nos malades à cette médication.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Les injections sous-cutanées d'eau salée chez l'enfant. Cette médication jouit d'une certaine faveur, à l'heure actuelle en médecine infantile. Après avoir résumé l'historique de la question, le Dr Ramés (*Thèse, Toulouse*, juillet 99) rapporte les résultats de cette médication soit d'après les auteurs, soit d'après les observations prises à la clinique infantile de la Faculté, service du Pr Bésy.

Il proteste d'abord contre l'épithète du sérum artificiel, le terme de sérum étant trop souvent employé, en médecine, avec des sens différents.

Après avoir étudié le rôle de ces injections qui relèvent la tension sanguine et régularisent la courbe thermique, l'auteur en conseille l'emploi dans les infections, surtout d'origine intestinale, du nourrisson, dans les hémorrhagies gastro-intestinales du nouveau né, dans les algidités, et la broncho-pneumonie. Il insiste sur ce point que cette médication est surtout un adjuvant, et ne doit pas être considérée comme spécifique.

Consultation Thérapeutique

Cas de bronchite simple chez l'enfant

On nous appelle pour un enfant, qui, depuis quelques jours, a de la fièvre et tousse; l'appétit est diminué, parfois il y a eu vomissement. C'est tout ce que les parents peuvent dire. Tout ce qu'on peut y faire ajouter, c'est que le début s'est fait par un coryza.

Diagnostic. — L'auscultation permet immédiatement de constater des râles sibilants et ronflants dans la poitrine, plus ou moins abondants, plus ou moins localisés. Il y a trachéo-bronchite ou bronchite des grosses bronches. Est-elle simple? Ici plusieurs diagnostics à examiner, invasion de rougeole, début de coqueluche, grippe. Chez un jeune enfant indemne jusqu'ici de rougeole et de coqueluche, on doit toujours penser à la possibilité de ces deux maladies (1). Dans le cas contraire, il y a beaucoup de chance pour la négative, car si la récidive se voit, elle n'en est pas moins rare pour la rougeole, très rare pour la coqueluche.

On ne pourra pas toujours résoudre le problème d'une façon absolue. Toutefois, on saura que si, au bout de 4 à 5 jours au plus, rien n'apparaît à la peau, on a dépassé la période d'invasion de la rougeole et que par conséquent, cette maladie se trouve éliminée. Pour la coqueluche, il faut attendre beaucoup plus pour arriver à la période spasmodique caractéristique. Chez les bébés, il y a une fréquence d'éternuements qui peut attirer l'attention.

Quoi qu'il en soit, en bonne et saine pratique, dès qu'il y a hésitation, isoler le petit malade des autres enfants. Du reste, on peut généraliser la mesure : *dès qu'un enfant commence à être malade de quoi que ce soit, l'isoler des autres enfants.* Cette conduite est dictée par le maximum de contagiosité des infections à leur début et la difficulté d'un diagnostic ferme à ce moment même. S'il n'y a pas de grippe régnante, pas de phénomènes généraux en disproportion avec les signes physiques, cette maladie n'est pas en jeu.

Pronostic. — La bronchite constatée ne se révèle donc que bronchite simple. Le pronostic aussi se montrera simple. Cependant, il ne faut pas oublier la facilité qu'a l'enfant, surtout dans le tout premier âge, à faire de la congestion pulmonaire à propos de toute affection thoracique, de greffer une bronchopneumonie sur une bronchite, par infection bronchique, d'arriver à une dénutrition rapide. Ces points sombres inviteront parfois à une certaine réserve.

Traitement. — Le traitement devra s'inspirer de ces données. Il s'efforcera de limiter le processus à la muqueuse bronchique, de modifier son état inflammatoire, il veillera à l'infection, il soutiendra l'état général.

Contre l'extension du processus inflammatoire, nous disposons d'une série de moyens gradués d'après leur énergie. Déjà le simple et vulgaire cataplasme de farine

(1) Les signes précoces de la rougeole (*J. des Praticiens*, 2 novembre 1898). Diagnostic précoce de la rougeole (*J. des Praticiens*, 3 janvier 1900).

Digitized by Google

de lin peut suffire chez les très petits bébés et dans les cas très légers. On les recouvre d'imperméable et on ne les laisse pas refroidir. On peut les remplacer par des compresses chaudes.

Le plus souvent, on a recours au cataplasme sinapisé, révulsif par excellence de l'enfant. Il est très maniable, renouvelable à volonté, en application de siège varié, pour ne pas irriter la peau.

Par exception, on peut prescrire un vrai sinapisme, mais *de vésicatoire point, pas de tapsia*; chez les enfants un peu plus grands, un badigeonnage de teinture d'iode fraîche, soit pure, soit diluée par addition d'alcool est d'emploi facile, de même le coton iodé, mais en surveiller l'action pour ne pas aller jusqu'à la vésication.

Au besoin, quelques ventouses sèches. La révulsion et quelques boissons chaudes aromatiques suffisent au traitement des bronchites légères.

Quoique de bronchite simple, le cas peut se présenter plus sérieux, d'où traitement plus actif. On complète la révulsion pratiquée sur le thorax par des applications sur les membres inférieurs, bottes d'ouate sur les jambes, avec imperméable, taffetas ciré ou gutta-percha laminée au-dessus, précédées ou non d'un bain de pied sinapisé ou d'une friction aromatique générale.

Le sulfate de quinine, le bromhydrate ou l'euquinine sert d'antifébrile et d'anticongestif. C'est dans ces conditions qu'on peut imiter la pratique de Renaut et donner *les bains* chauds à 38° répétés toutes les trois heures environ.

Pour modifier la muqueuse et débarrasser les bronches il n'y a pas de meilleur médicament que l'ipéca cuanha, soit qu'on l'emploie comme vomitif, soit qu'on l'ordonne en infusion.

Comme vomitif, avant un an et jusqu'à cet âge, on peut se contenter du sirop à la dose d une dizaine de grammes, plus tard on ajoute de la poudre ou même on fait prendre cette poudre seule dans un peu d'eau sucrée ou d'infusion de polygala à la dose de 0,30 à 0,50 centigrammes par année d'âge, par doses fractionnées à 8 à 10 minutes d'intervaile jusqu'à effet vomitif.

L'action multiple de l'ipéca à la fois expectorante, sédative, décongestive, laxative, explique son efficacité, mais il ne faut pas perdre de vue qu'elle est aussi dépressive. Pour eette raison, il ne faut y revenir qu'à bon escient. L'abondance des râles en crée l'indication, la faiblesse du sujet la contre indique. Il est bon de faire suivre son administration d'un tonique cardiaque, café ou thé fort par exemple. S'il a de la fièvre l'enfant restera au lit, assis, pas couché, de temps en temps porté sur les bras. — Chambre spacieuse, aérée, maintenue à 16, 18°, avec une certaine humidité obtenue par la simple évaporation d'eau ou la projection de vapeur avec un pulvérisateur. On peut, à cette occasion, ajouter à l'eau des essences ou des corps balsamiques, eucalyptol, térébenthine, créosote, goudron, etc.

L'ipéca peut aussi faire les frais de la médication expectorante, sous forme d'infusion dans l'eau bouillante, par exemple 0,10 centigrammes par années d'âge répartis dans toute la journée par prises toutes les heures et demie. On ne doit même pas obtenir d'effet nauséeux, mais on observe une légère action laxative. C'est donc un médicament commode et en plus peu coûteux.

Comme expectorants on peut encore employer surtout le benzoate de soude, 0,75 centigrammes à 1 gramme par année d'âge ou la teinture de scille x gouttes par année d'âge, une goutte par mois, 1 gramme à 5 ans, le polygala.

Le plus simple et le meilleur consiste à prescrire ces médicaments soit dans un looch aux amandes ou huileux, ou encore dans un julep gommeux de 60 à 80 grammes, à prendre par cuillerée à café ou à dessert, selon l'âge et les doses.

La toux représente un moyen de défense de l'organisme, il ne faut donc qu'en modérer l'excès. Belladone, laurier cerise, au besoin aconit, seuls ou associés permettent de la réfréner surtout pour la nuit.

Looch huileux, 60 à 80 gr.
Eau distillée de laurier cerise, 0,80 à 1 gr. par année.
Teinture de belladone II à III gouttes par année (et plus, après accoutumance).
Une cuillerée à dessert toutes les 2 heures.

On peut aussi employer la poudre de Dower, jadis très usitée comme médication opiacée de choix de l'enfance.

Chez les petits nerveux et les jeunes neuro-arthritiques, il y a indication des antispasmodiques, le bromure par exemple.

Vers la fin de la bronchite, pas plus tôt, on administre la térébenthine, le tolu, la terpine, le goudron, le copahu même, sous forme de sirop.

L'alimentation se restiendra à un régime léger, lait, œuf, bouillon, légumes en purée, pas de viande, rouge tout au moins. Boissons abondantes, boissons chaudes, tisanes diverses.

Chez certains enfants, sujets aux bronchites à répétition, la prescription médicale doit porter au delà de l'incident présent.

Il faut songer à la facilité des adenopathies trachéo-bronchiques, même simples et les faire rétrocéder par la révulsion *in situ*, badigeonnages iodés répétés, par le traitement iodé interne, sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue iodée ou suriodée à 3 gr. d'iode par litre.

Pour ces jeunes sujets, de souche arthritique souvent, lympathiques aussi, il faut conseiller le régime alimentaire sévère et une cure hydrominérale appropriée et à leur état bronchique et à leur état général.

C'est pour les uns le Mont-Dore, pour d'autres Enghien, Pierrefonds, Eaux-Bonnes, Luchon, Barèges, Cauterets, Saint Gervais, Châlles; pour certains Uriage, Allevard, Amélie-les-Bains, La Bour-

Digitized by Google

boule, Saint-Honoré, Saint-Boès, Royat, pour ne citer que les principales stations utilisables.

Ce traitement en pleine accalmie, c'est, dans une certaine mesure, l'analogue de l'opération à froid des chirurgiens, qui met à l'abri d'une récidive. Oublier cette partie de la cure, c'est faire un traitement incomplet, qui ne s'occupe que du présent, sans se soucier de l'avenir. — H. GILLET.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

L'utilité de pratiquer une hygiène rationnelle de la bouche est bien reconnue. C'est surtout en temps d'épidémie que le nettoyage de la cavité buccale est nécessaire comme moyen prophylactique. Mais en temps ordinaire on ne doit pas non plus négliger ce soin, en effet, pendant la nuit, alors que la bouche est au repos, les matières organiques entrent en fermentation et produisent des acides qui, se trouvant en contact immédiat avec les faces contiguës des dents, décalcifient ces dernières et déterminent des caries. Pour ces raisons on doit procéder matin et soir au nettoyage des dents et au rinçage de la bouche.

On pourra employer avantageusement les solutions antiseptiques suivantes proposées par M. Huchard :

1. Phénol cristallisé..... 5 grammes
   Eucalyptol..... 1 —
   Menthol..... 0 gr. 50
   Thymol..... 0 — 10
   Alcool à 90°..... 100 grammes
   Teinture de cochenille Q. S. pour colorer.
   F. s. a. Usage externe.

Un léger filet de cette solution dans un verre d'eau tiède.

2. Phénol cristalisé..... 5 grammes
   Eucalyptol..... 1 —
   Salol..... 2 —
   Menthol..... 0 gr. 25
   Thymol..... 0 — 10
   Alcool à 90°..... 100 grammes
   Teinture de cochenille Q. S. pour colorer.
   F. s. a. Usage externe.

Même mode d'emploi.

3. Chloral..... 12 grammes
   Essence de menthe..... 2 —
   Alcool à 90°..... 100 —
   F. s. a. Usage externe.

Même mode d'emploi.

4. Chloroforme..... 5 grammes
   Phénol cristallisé..... 5 —
   Eucalyptol..... X gouttes
   Eau de Botot..... 100 grammes
   F. s. a. Usage externe.

Même mode d'emploi.

Ces deux dernières solutions ont un goût très agréable.

M. le Dr Robin conseille d'employer la solution et la poudre dentifrices suivantes.

Solution dentifrice :

Acide phénique neigeux..... } àà 5 grammes
Salol..... }
Essence de menthe..... } àà 10 —
— de Badiane..... }
Alcool à 90°..... 120 —

F. s. a. Usage externe. — V à X gouttes de cette solution dans un verre d'eau tiède.

Poudre dentifrice :

Salol..... 5 grammes
Phosphate de chaux..... }
Carbonate de chaux..... } àà 25 —
Magnésie légère..... }
Bicarbonate de soude..... 13 —
Essence de menthe Q. S. pour parfumer
Carmin Q. S. pour colorer.

F. s. a. une poudre homogène; passez au tamis n° 120.

Crayons mentholés :

Hydrate de chloral..... 1 gramme
Menthol..... 1 —
Blanc de baleine..... 2 —
Beurre de cacao..... 4 —

Potion pour tarir la sécrétion lactée :

Sulfate d'atropine..... 0 gr. 001
— de magnésie..... 90 grammes
Macération de gentiane..... 290 —

F. s. a. A prendre par cuillerée à bouche toutes les 2 heures.

Contre la vaginite blennorrhagique (JANOWSKY) :

Alun..... } àà 30 grammes
Borate de soude..... }
Sulfate de quinine..... 1 —
Acide phénique..... } àà XXX gouttes
Essence de thym..... }
Glycérine..... 200 grammes

Une cuillerée dans un litre d'eau chaude. — 2 ou 3 injections vaginales par jour.

Lotion excitante (ESCAT) :

1° Ammoniaque..... 5 grammes
Essence de térébenthine..... 25 —
Alcool camphré..... 125 —
2° Acide acétique..... 1 —
Chloral..... 5 —
Ether..... 25 —

Pilules laxatives :

Extrait jusquiame..... 0 gr. 01
Evonymine..... 0 — 01
Podophyllin..... 0 — 02
Cascara..... 0 — 04

1 à 3 le soir après le repas.

Cérat pour les gerçures des lèvres :

Paraffine..... 20 grammes
Vaseline..... 20 —
Essence de cédrat..... 0 gr. 25
— de violette..... 0 — 25
Carmin, Q. S. pour colorer.

F. s. a. et couler dans des moules. A. G.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

MÉDECINE INFANTILE

Les troubles digestifs liés à la rhinopharyngite et à l'amygdalite chronique. — Les enfants atteints de rhinopharyngite chronique présentent souvent des phénomènes de dyspepsie gastro-intestinale qui persistent tant que dure l'inflammation rhinopharyngée, et qui disparaissent pour ne plus revenir quand, à l'aide d'un traitement approprié, on a guéri le catarrhe rhinopharyngé. M. Aviragnet (*Archives de médecine des enfants*, février 1900) cite quatre observations d'enfants atteints de troubles digestifs liés à la rhinopharyngite :

1° Un nourrisson au sein devenu dyspeptique à la suite d'un coryza aigu purulent, passé ensuite à l'état chronique; 2° Un enfant de trois ans atteint d'une entérite muco-membraneuse datant de l'âge de dix mois et rebelle, liée à une rhinopharyngite chronique ; 3° Une fillette de six ans sujette à des embarras gastriques, qui disparurent avec l'ablation de ses amygdales enflammées chroniquement ; 4° Un jeune homme de seize ans et demi atteint de dyspepsie gastro-intestinale atonique liée à une inflammation chronique des muqueuses du nez, du pharynx et des amygdales.

La pathogénie de ces désordres gastro-intestinaux est très simple.

L'inflammation de l'estomac et de l'intestin, la viciation de leurs sécrétions doivent être mis sur le compte d'une action irritante exercée directement sur la muqueuse par des scrétions mucopurulentes venues du nez, du rhinopharynx, du pharynx, dégluties d'une façon pour ainsi dire continue. Déjà Beau avait attribué à la déglutition des crachats purulents les troubles digestifs développés au cours des broncho-pneumonies chroniques, M. Marfan admet aussi cette pathogénie.

La thérapeutique de ces affections est aussi bien simple. Contre les troubles gastro-intestinaux, on pourra employer le calomel à doses fractionnées, certains antiseptiques comme le bénzo-naphtol, les lavages intestinaux, et l'on surveillera le régime alimentaire.

Mais les troubles gastro-intestinaux ne céderont souvent qu'après la guérison de la rhinopharyngite. Celle ci sera traitée par les irrigations d'eau salée et surtout par des injections d'huile résorcinée dans les fosses nasales. La solution employée par M. Aviragnet est la suivante :

Huile d'olives stérilisée.....	20 grammes
Résorcine.....	1 —
Essence de menthe.....	II gouttes

L'huile est chauffée d'abord au bain-marie, et l'on y fait dissoudre la résorcine en agitant à l'aide d'une baguette ; on stérilise ensuite à l'autoclave.

L'huile est injectée au moyen d'une seringue de 1 centimètre cube, terminée par un bout olivaire en caoutchouc durci, que M. Marfan fait construire chez Dumez L'enfant étant couché et ses mains tenues, on lui injecte une demi-seringue dans chaque narine. L'opération est répétée matin et soir.

L'injection n'est nullement douloureuse, ce qui doit faire préférer l'huile resorcinée à l'huile mentholée.

Après une quinzaine de jours, les injections sont remplacées par une pommade mentholée. puis elles sont reprises. Il ne faut les cesser que lorsque la rhinopharyngite a disparu complètement.

En même temps, on touche deux ou trois fois par jour les amygdales et le pharynx avec un collutoire glycériné et boraté, ou avec de la glycérine iodée. La cautérisation des amygdales et des granulations du pharynx à l'aide du galvano-cautère est indispensable dans la plupart des cas. S'il y a des végétations adénoïdes, l'ablation chirurgicale s'impose. — E. L. M.

La pleurésie interlobaire chez les enfants. — Le diagnostic de la pleurésie purulente interlobaire chez les enfants est très difficile; cependant il se pose fréquemment en clinique, et il serait fort nécessaire de le résoudre afin de pouvoir intervenir avec efficacité. Pour cela, il faut étudier avec beaucoup de soins l'évolution de la pleurésie interlobaire, ainsi que cela a été fait dans une revue générale des *Archives de médecine des enfants* (mars 1900) basée sur les observations de M. Dieulafoy et de M. Baltus.

La pleurésie interlobaire est souvent consécutive à une pneumonie, à une broncho-pneumonie, à une congestion pulmonaire primitive ou liée à l'infection grippale. Dans certains cas, l'affection primitive très légère a passé inaperçue et la pleurésie paraît débuter en pleine santé.

Elle se rencontre plutôt dans la seconde enfance qu'au cours de la première. Généralement, elle est due au pneumocoque, pur ou associé à un autre microbe, au tétragène par exemple, comme dans un cas de Dieulafoy ; d'autres fois elle est produite par le pneumobacille. Le bacille de Koch ne provoque pas de pleurésie interlobaire.

Le foyer, habituellement peu étendu, figure un kyste entouré de tissu pulmonaire, tantôt perméable, tantôt congestionné, hépatisé, induré ou sclérosé suivant l'ancienneté de l'affection. Le liquide est généralement purulent ; il est souvent louche, sanieux, fétide. La poche est anfractueuse, hérissée de saillies.

Le début est brusque, marqué par la fièvre, des frissons,

Digitized by Google

quelquefois par un point de côté. La respiration est accélérée. La toux peut manquer. Ces symptômes attirent l'attention vers le poumon ; on songe à une pneumonie. La percussion donne de la submatité en une région limitée, vers la partie moyenne du poumon, à l'angle de l'omoplate; au-dessus et au dessous la sonorité est normale. Au niveau de la zone de matité la respiration manque ou est très affaiblie. On entend parfois un léger souffle, des crépitations ou des frottements, mais pas d'égophonie, ni de pectoriloquie, les vibrations sont conservées. Si l'affection siège à gauche, le cœur peut être dévié vers la droite, bien que l'espace de Traube soit sonore.

Les jours suivants, l'affection fait des progrès ; la pneumonie n'entre pas en défervescence. La toux devient opiniâtre, saccadée, quinteuse. La fièvre devient rémittente ou présente de grandes oscillations. La matité se prolonge vers l'aisselle.

A une époque variable, en général 25 à 30 jours, quelquefois seulement 15 jours, ou au contraire trois semaines (Baltus) après le début de la maladie, une vomique se produit. Celle-ci est parfois annoncée par la fétitidé de l'haleine et des crachats. L'enfant rejette 50 à 200 grammes de pus, souvent fétide. Quelquefois il y a seulement une expectoration purulente répétée plusieurs jours de suite, sans véritable vomique; d'autres fois il se produit une hémoptysie.

Après la vomique apparaissent des signes cavitaires. L'enfant est souvent soulagé; mais parfois son état général reste mauvais, il peut être emporté par la septicémie. La guérison spontanée par ce procédé est possible mais elle n'est pas fréquente.

Le diagnostic est difficile; la ponction exploratrice est souvent blanche. Il faut se guider surtout sur l'évolution de la maladie, sur le déplacement du cœur quand le foyer interlobaire siège à gauche, sur l'existence d'une zone étroite de matité intermédiaire à deux zones de sonorité normale. L'apparition de la vomique est révélatrice.

Cependant il faut encore songer à la possibilité d'un kyste hydatique suppuré du poumon, ou de dilatation des bronches.

Lorsque l'état général est assez bon et que le diagnostic est incertain, on peut se borner au traitement médical et attendre la vomique. Mais si l'existence du foyer interlobaire est prouvée par la ponction exploratrice, il est toujours préférable de l'évacuer par la thoracenthèse ou par la pleurotomie.

Quand l'état général est grave, l'haleine fétide, et qu'il survient une vomique putride, il faut intervenir sans tarder. La pleurotomie au niveau de la zone de matité, au besoin la résection d'un côté permet d'ouvrir largement le foyer, de le laver, de le drainer et de le bourrer avec de la gaze iodoformée. Cette thérapeutique amène généralement la chute immédiate de la fièvre et la guérison. — E. L. M.

PATHOLOGIE NERVEUSE

La polymyosite aiguë. — Entre 1887 et 1894, E Wagner, Hepp, Unverricht et Frænkel décrivirent sous le nom de polymyosite aiguë ou de myosite hémorrhagique, ou encore de dermatomyositis acuta un syndrome presque toujours mortel et caractérisé par des foyers intramusculaires d'inflammation hémorrhagique. Ils attribuèrent cette affection à des microbes ou à des toxines d'origine microbienne ; quelques-uns purent démontrer la nature streptococcique des lésions par frottis et par cultures, et déceler le point de départ de l'invasion microbienne, soit sous forme d'abcès amygdalien ou d'otite suppurée. D'autres firent de la myosite hémorrhagique une complication du rhumatisme articulaire aigu, analogue au purpura ou à l'érythème polymorphe, mais se produisant dans le muscle, et non dans le derme ; on a objecté à cette hypothèse que les jointures n'étaient pas prises chez tous les sujets; mais l'absence possible de manifestations articulaires n'a pas suffi pour faire rayer les érythèmes du cadre des manifestations abarticulaires de la fièvre rhumatismale, et elle ne sera pas non plus valable dans la question de la myosite surtout en présence d'observations comme la suivante publiée par Risse *(Deutsche med Wochenschrift,* 1897, nc 15); un homme de 35 ans, ayant eu, un an auparavant, un rhumatisme articulaire aigu, fut repris de douleurs dans les pieds et dans les genoux ; il négligea de se soigner pendant quinze jours, lorsque la musculature des jambes fut prise de douleurs terribles, survenant par poussées, évoluant sans fièvre ; ce fut d'abord la jambe droite, puis la jambe gauche et la cuisse gauche, ensuite la musculature abdominale et un testicule; le tout dura cinq jours, après quoi le genou droit fut repris d'enflure et d'hydarthrose. Le malade guérit.

Laquer (*D. med. Wochenschrift*, 1896, n° 28) a suivi pendant cinq ans un malade qui faisait de temps à autre des poussées de monomyosite localisée dans le biceps droit; vers le déclin de la dernière crise survint un rhumatisme articulaire typique qui envahit toutes les jointures, sauf celles du bras droit.

Herzog a vu survenir une myosite chez un malade qui venait d'être trempé par une averse; elle se compliqua d'une pleurésie que l'auteur appelle rhumatismale *(D. med. Wochenschrift*, 1898, n° 38).

Voici encore un autre cas que Thicle vient d'observer à la clinique du Pr Leyden *(Wiener klin. Rundschau*, 1899). Une femme de 22 ans est prise de rhumatisme articulaire compliqué d'érythème noueux ; au cours de la sixième semaine de cette maladie, le sterno-mastoïdien gauche enfla dans sa partie inférieure sur une étendue de cinq centimètres ; au toucher cette partie était dure, de la consistance d'un muscle bien bandé ; le reste du muscle était mou quoique légèrement tuméfié. Cela disparut lentement, puis le biceps et le brachial interne droits furent

Digitized by Google

pris de la même façon, et la peau par dessus présenta une légère rougeur et de la sensibilité à la palpation. Ensuite ce fut le tour du fléchisseur commun, du biceps gauche, du sterno-mastoïdien droit. La température était élevée mais irrégulière, et le pouls fréquent. Ce n'est qu'au bout d'un mois que la guérison survint, mais il resta dans la peau des deux avant-bras une série de noyaux indurés de la taille d'une lentille jusqu'à celle d'un haricot, de couleur bleuâtre, comme elles ont été décrites par Jaccoud et par Meynet de Lyon, dont elles portent le nom (nodosidés de Meynet). Six mois après sa guérison, la femme fut reprise d'érythème noueux et de rhumatismetibio-tarsien et scapulo-huméral. Il semble difficile de nier l'unité étiologique des trois manifestations, rhumatisme, érythème, myosite, d'autant plus que l'auteur réussit à ensemencer sur gélose ascite un diplocoque très tenu recueilli dans le sang; il ne cultiva pas en série, mais morphologiquement et par ses réactions colorantes, il était identique à celui cultivé et figuré par Leyden en 1895 et provenant d'un cas d'endocardite rhumatismale.

Presque en même temps Schlœsinger, de Vienne, observa un homme atteint d'une forme bénigne de myosite hémorrhagique, auquel il excisa deux parcelles du muscle malade dont il donne, le premier, une description histologique; les recherches bactériologiques restèrent sans résultat. Voici le résumé : un boucher de 29 ans fut pris d'une intumescence douloureuse de la jambe qui était variqueuse. La peau était livide, chaude, œdématiée, très douloureuse à la pression. On incisa le foyer et constata une infiltration hémorrhagique du muscle; la plaie guérit bien. Peu après, le malade fut pris d'accès de palpitations et de dyspnée, pourtant on ne trouva rien à l'auscultation, et tout rentra dans l'ordre. Six mois plus tard la même chose se reproduisit du côté droit; on fit le même traitement, et le malade guérit sans avoir jamais présenté de fièvre.

A l'occasion des deux incisions on avait prélevé chaque fois une parcelle de muscle pour l'examen histologique. Sur les coupes transversales on voit des amas d'hématies déposés autour des fibres musculaires. Par places celles-ci sont extrêmement pauvres en noyaux ; quelques-unes sont atteintes de dissociation et de raréfaction fibrillaire; d'autres enfin sont réduites à l'état de tubes de sarcolemne qui sont remplis de globules rouges. A côté il y a des flots de prolifération nucléaire interstitielle, parsemés de nombreux leucocytes mono- et polynucléaires. — Sur les coupes longitudinales beaucoup de fibres apparaissent dépourvues de striation; elles sont d'apparence vitreuse, ou bien elles contiennent des blocs refringents; d'autres enfin ne sont représentées que par le sarcolemne; les noyaux y sont extrêmement clairsemés, ce qui contraste avec des flots d'agglomération nucléaire, où les leucocytes et les noyaux musculaires abondent. Les noyaux sont tous orientés longitudinalement et non pas transversalement comme dans le cas de Lorenz. Les vaisseaux ne présentent pas d'altération dans leurs parois, ni dans leur voisinage immédiat. Malgré cela l'auteur conclut à un processus de nature inflammatoire, s'appuyant sur l'augmentation des noyaux musculaires, de ceux du périmysium, et sur les foyers leucocytaires.

Au point de vue clinique, nous voudrions insister sur les accès de palpitations avec oppression ; le sujet n'était ni un neurasthénique ni un hystérique, et il ne présentait pas la symptomatologie de la myocardite. Mais dans des cas de myosite hémorrhagique Vernou et Lorenz ont trouvé des foyers de myocardite, et les malades de Prinzing, de Buss, avaient des crises de tachycardie, d'arythmie, d'asthénie cardiaque et de collapsus.

Ce qu'il faut retenir principalement c'est que tous les cas de myosite aiguë ne sont pas d'un si sombre pronostic que les auteurs allemands l'avaient dit d'abord ; cela est aussi l'opinion de Cayet (*Th. Paris* 1899 ; *Journal des Praticiens* n° 39). Elles semblent être souvent sous la dépendance de l'infection rhumatismale, comme Froriep l'avait dit dès 1843 en décrivant l'induration ligneuse de la myosite sous le nom de *rheumatische Schwiele*. Le traumatisme invoqué par Cayet comme fréquent fait défaut dans les observations précitées. — Bd.

Les dégénérescences spinales descendantes consécutives à une lésion hémisphérique. — Les lésions cérébrales en foyer se traduisent, dans la moelle, par une dégénérescence wallérienne des faisceaux moteurs.

M. Fernique a étudié (*Thèse*, 1899), quelques particularités de ces dégénérescences.

Pour lui, la dégénérescence ne se limite pas au seul faisceau moteur ; la moitié de la moelle correspondant au faisceau pyramidal croisé s'atrophie, non seulement dans la zone de ce faisceau, mais encore dans toute l'étendue du manteau blanc médullaire. La substance grise de cette portion de la moelle participe, elle aussi, a l'atrophie totale. Les cordons postérieurs restent sensiblement comparables entre eux dans la majorité des cas.

La cause de cette atrophie massive de l'un des côtés doit être recherchée : 1° dans une sorte d'attraction mécanique du faisceau pyramidal sclérosé, vrai foyer de cicatrice d'où partent, en rayonnant, d'innombrables tractus ; 2° dans l'atrophie simple des autres éléments nerveux de ce même côté.

Dans un grand nombre de cas, la moelle des hémiplégiques présente une dégénérescence rétrograde des cordons de Goll qui ne dépasse pas la région dorsale moyenne.

Le siège des lésions dans l'un ou l'autre hémisphère commande habituellement des dégénérescences descendantes d'intensité différente ; les lésions du cerveau gauche donnent des dégénérescences étendues : celles du cerveau droit, même lorsqu'elles sont multiples, peuvent ne se traduire dans la moelle du côté opposé que par une faible zone de dégénérescence. — E. L. M.

Digitized by Google

MÉDECINE

Le sénilisme, gérodermie génitale. — Sous le nom de sénilisme ou gérodermie génitale, on a décrit dans ces derniers temps un type morbide particulier, qui a donné lieu à quelques discussions pathogéniques. (*Riforma médica*, 1897, 1899, passim).

Il y a bien accord sur la nature de dystrophie glandulaire, mais non sur la glande à incriminer. Les uns, comme G. Rummo (de Palerme), et R. Ciauri, accusent l'atrophie des glandes génitales, d'où la dénomination de gérodermie génito-dystrophique. D'autres, par exemple, R Tambroni et R. Lambranzi ne voient dans les cas publiés qu'une variété de myxœdème fruste. (*Riforma médica*, vol. III, nº 23, 27 juillet 1899).

Quoi qu'il en soit de ce point en litige voici l aspect clinique donné par le sujet à l'examen objectif : facies sénile, visage couleur vieille cire, parchemin jaune, terreux, ridé, simple duvet au lieu de barbe, anguleux, tête petite. front bas et étroit, cheveux gris rapidement blancs, touffus, hérissés, pavillon de l'oreille large, voix altérée, thorax gras, ventre en besace, peau couleur de cire jaune, sans poils, flasque, ridée, dystrophie génitale, tendance au gigantisme, stigmates de dégénérescence. Tel est le type.

Le malade vu par Tambroni et Lambranzi présentait de plus un corps thyroïde qui semblait très réduit à droite et petit à gauche. C'est sur ce détail de l'observation que les auteurs se basent pour conclure à une variété du myxœdème fruste si bien décrit par Bourneville, Brissaud, Thibierge, etc.

On retrouverait chez les myxœdémateux les caractères donnés au sénilisme. Chez les animaux privés de thyroïde, on observe aussi une grande analogie.

Après l'ablation ou la dégénérescence des testicules, on ne remarque rien qui reproduit les principaux signes de la gérodermie tout au plus de la gynécomastie comme dans les faits de Gaillet, Martin, Lereboullet, Olphan, Lacassagne, Charvon.

Il est vrai qu'il ne s'agit pas de lésions congénitales, mais acquises.

Pour Tambroni et Lambranzi, il n'est question donc que de gérodermie thyréo-dystrophique et non point génito-dystrophique. L'atrophie des organes génitaux dépendrait de l'atrophie ou de la dystrophie thyroïdienne.

Le sénilisme prend donc rang à côté du myxœdème vrai, à côté de l'infantilisme de Brissaud, Lasègue, Lorain et d'autres. Ce n'est qu'un chainon de la file.

Au contraire, Rummo, Ferrannini et Ciauri opposent au myxœdémateux avec sa face en pleine lune, pâle, d'une pâleur brigthique, le sénilique avec sa face anguleuse, maigre, flétrie.

Il existerait chez les gérodermiques un caractère qu'on ne rencontre pas chez les myxœdémateux. La peau au lieu d'être ridée à très fines rides, seulement en quelques points limités du corps, offre cet aspect sur toute l'étendue et de la face et du reste de la peau.

Il peut y avoir des types mixtes, qui prêtent à l'erreur, mais qui ne peuvent en aucune façon permettre de nier les types purs ; gérodermie myxœdémateuse, gérodermie génitale, gérodermie acromégalique ont une existence propre, malgré les points de contact et quelques caractères communs chez les séniliques la dystrophie génitale ne peut être rejetée comme quantité négligeable. Elle est évidente, tandis que l'appréciation du volume de la glande thyroïde comporte une difficulté souvent insurmontable.

Le myxœdème s'observe après l'ablation ou l'altération de la thyroïde après la naissance, tandis que le sénilisme reconnaîtrait l'absence ou l'atrophie ou la dystrophie congénitale. Or, on note, d'après Tauber, chez les animaux domestiques assez fréquemment l'absence de thyroïde et cependant sans myxœdème.

C'est que dans cette circonstance il y aura production de sénilisme.

Du reste, on ne saurait nier les résultats de la castration aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Il y aurait donc en regard de l'infantilisme à opposer le sénilisme dont la cause première remonte bien à l'atrophie ou la dystrophie génitale avec toutes ses conséquences, absence de sécrétion interne, etc.

Comme clôture à cette discussion pathogénique apparaît la conclusion pratique. L'opothérapie doit trancher le différend.

Le traitement de la gérodermie ressortit à la grande méthode de Brown-Séquard. Qui l'emportera de l'extrait thyroïdite ou du suc testitulaire?

Puisqu'il s'agit surtout de dissidence scientifique entre savants italiens, c'est le cas de dire : Chi lo sa. — H. G.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'hygroma sous-deltoïdien. — Il existe sous le deltoïde une bourse séreuse située dans un espace compris entre la portion supérieure de la capsule articulaire d'une part et d'autre part la face inférieure de l'acromion, du ligament acromio-coracoïdien et du deltoïde. Cette bourse séreuse qui a pour but de favoriser la contraction du deltoïde et d'adoucir les frottements de ce muscle sur la capsule articulaire peut devenir le siège d'inflammations aiguës ou subaiguës ; elles ont été étudiées par Mornac (Th. Paris 1899).

Cet hygroma aigu est séreux ou suppuré ; quant à l'hygroma chronique, il présente une variété fréquente et intéressante, l'hygroma tuberculeux.

Celui-ci, en effet, peut évoluer vers l'articulation de l'épaule et y engendrer des lésions secondaires sérieuses. Inversement, une arthrite tuberculeuse de l'épaule peut gagner la bourse séreuse, l'infecter et déterminer un hygroma fongueux.

Digitized by Google

Au point de vue clinique, les diverses variétés présentent des symptômes communs, douleurs, impotence fonctionnelle, l'articulation restant libre cependant. A l'examen, on trouve une tumeur plus ou moins volumineuse, molle, fluctuante, nettement localisée, interposée entre le deltoïde et la tête humérale.

L'évolution en est très lente pour l'hygroma tuberculeux qui, abandonné à lui-même, s'ouvre et devient fistuleux. L'hygroma aigu suppuré a une marche plus rapide ; le pus ne tarde pas à se faire jour dans différentes directions, il peut même gagner l'articulation.

Le diagnostic est généralement facile à faire avec les tumeurs de l'épaule.

L'hygroma aigu suppuré devra être incisé de bonne heure, afin d'éviter les fusées purulentes vers l'articulation; l'incision sera faite à la partie antérieure de l'articulation un peu en dehors du sillon delto-pectoral. Pour l'hygroma tuberculeux, on ne s'attardera pas à la ponction suivie d'injection, ni à l'ouverture et au grattage, il faudra d'emblée, si l'on veut éviter la récidive l'extirper comme une tumeur. On agira de même pour l'hygroma fistuleux, mais l'extirpation sera plus difficile à cause des fistules. Enfin, si l'on trouve un foyer osseux on devra l'évider et le curetter. La gêne des mouvements et l'atrophie du deltoïde seront traitées par le massage et l'électricité. — J. H. M.

Les ostéites tuberculeuses primitives de l'omoplate. — C'est une affection rare qui n'a été l'objet que de rares travaux : cependant Audry, en 1887, Morel en 1894, en donnèrent de bonnes descriptions ; Pissard en rapporte une observation intéressante dans sa thèse (Paris 1899).

Contrairement aux ostéites tuberculeuses en général qui s'observent surtout chez l'enfant, celle-ci atteint plus particulièrement l'adulte. Le bacille arrive vraisemblablement par la voie sanguine.

Les diverses portions de l'os peuvent être atteintes mais la localisation tuberculeuse se fait de préférence dans l'épine ou l'acromion ; l'apophyse coracoïde, le bord spinal, l'angle inférieur sont plus rarement intéressés.

Le début est généralement insidieux ; la douleur est un des premiers signes , elle est spontanée ou provoquée ; mais elle n'est pas constante et souvent l'affection n'est reconnue que lors de l'apparition d'un abcès dans la fosse sous-épineuse ou scapulaire, abcès qui peut s'ouvrir et laisser une fistule.

Les lésions tuberculeuses peuvent se propager aux bourses séreuses péri-capsulaires et à l'articulation de l'épaule. L'atrophie des muscles scapulaires survient rapidement.

L'évolution est essentiellement chronique, il n'existe pas de forme de tuberculose aiguë de l'omoplate.

Le diagnostic n'est pas toujours facile, cependant un examen approfondi fera reconnaître la lésion.

Le traitement consiste à réséquer largement les parties atteintes : dans certains cas, il faudra extirper l'omoplate. On ne devra pas négliger l'extirpation de l'abcès et des fistules ou tout au moins on devra les curetter et les cautériser avec une solution de chlorure de zinc. — J. H. M.

OBSTÉTRIQUE

Les accouchements inconscients et sans douleur au point de vue médico-légal. — Ces faits sont rares, aussi n'ont-il pas été jusqu'à ce jour l'objet de nombreuses études ; le Dr Coliez vient de leur consacrer un travail très intéressant (*Th. Paris*, 99).

L'accouchement peut s'accomplir chez des femmes privées de conscience ou de sensibilité, et ceci dans diverses circonstances. C'est ainsi qu'une femme peut accoucher pendant le sommeil naturel ; dans d'autres cas la femme, sous l'influence d'un état pathologique, est sans connaissance ; ainsi s'expliquent les accouchements inconscients pendant la syncope, le coma, l'ivresse. Un certain nombre d'affections du système nerveux causant une abolition de la sensibilité ou de l'intelligence, telles que l'épilepsie, l'hystérie, la folie, peuvent expliquer certains faits. Enfin, il existe des cas d'accouchements survenus après la mort de la mère.

Plus curieux sont les cas d'accouchements inconscients chez les femmes en pleine santé, jouissant de l'intégrité de leur sens et de leur intelligence; ils surviennent en général à la faveur de certaines circonstances, le plus souvent un besoin illusoire de miction ou de défécation.

Il est intéressant de chercher dans ces derniers cas quelles sont les causes de l'accouchement inconscient. Les causes invoquées sont nombreuses, mais ont une importance variable. On a noté la conformation anormale du bassin, l'excès d'amplitude; on a invoqué aussi la multiparité, l'irritabilité trop grande de la puissance contractile de l'utérus ou le développement excessif de ses fibres musculaires ; enfin, l'absence de douleurs pendant la première période ou même toute la durée du travail, et la possibilité de l'ignorance de la grossesse. Le plus souvent, plusieurs de ces causes agissent simultanément ; le fait observé constamment chez presque toutes les femmes à la fin du travail, ce sont des besoins illusoires de miction ou de défécation, et c'est en cherchant à les satisfaire que la femme peut accoucher subitement et sans douleurs.

Ces accouchements rapides ne sont pas sans occasionner des accidents plus ou moins graves du côté de la mère, de l'enfant ou des annexes; et cela s'explique non seulement par la rapidité de l'expulsion, mais aussi par la position de de la mère souvent surprise dans la station debout. D'où chez la mère des déchirures du périnée et du vagin, des décollements placentaires avec hémorrhagies parfois très graves; on a signalé, mais plus rarement le prolapsus et l'inversion de l'utérus. Chez l'enfant on a observé des fractures du crâne avec épilepsie jacksonnienne consécutive,

Digitized by Google

des blessures et des contusions tenant au lieu de la chute, de l'infection oculaire, des hémorrhagies ombilicales.

Souvent, en effet, il y a rupture du cordon, due à la traction exercée par l'enfant, surtout lorsque l'accouchement a lieu dans la station debout. La rupture siège à l'une des extrémités, près du placenta ou de l'ombilic. Il faut savoir que la chute de l'enfant peut avoir lieu dans les fosses d'aisance lorsque l'accouchement survient à l'insu de la mère, ceci est très important au point de vue médico-légal.

Le rôle du médecin expert est en effet très délicat dans toutes ces circonstances, il ne saurait agir avec trop de prudence. Il devra s'enquérir des moindres détails relatifs aux antécédents obstétricaux de la malade, à la rapidité de ses accouchements antérieurs ; il établira les dimensions du bassin, recherchera les lésions des parties molles; il devra de plus procéder à l'interrogatoire de la mère, et d'une façon très précise, surtout si elle a déjà eu des enfants.

De plus, la disposition spéciale des localités, l'autopsie de l'enfant, l'état du cordon et l'aspect de la surface de section s'il y a rupture seront nécessaires au médecin pour se prononcer avec le maximum de probabilités ; mais on ne saurait trop le répéter, il agira avec la plus grande prudence et ne négligera rien pour établir sa conviction. — J. H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Mortalité et désinfection. — M. Grancher. M. Vallin en signalant l'augmentation de la mortalité de la rougeole, a soin de faire observer que cette mortalité est presque toujours la conséquence d'une complication, d'une broncho-pneumonie surtout, et il ajoute : « Je crois la désinfection utile, sinon contre la rougeole, au moins contre ses complications. » M. Grancher se rallie à la question ainsi posée ; car s'il croit toujours à l'inutilité de la désinfection contre la contagion morbilleuse, le germe ayant une vitalité éphémère ; il pense au contraire qu'il y a grand intérêt à détruire les micro-organismes de la broncho-pneumonie, rubéolique ou autre, pour éviter la diffusion. Dans le même ordre d'idées, il demande à l'Académie qu'elle veuille bien inscrire dans la liste des maladies à déclaration obligatoire la pneumonie, la broncho-pneumonie, et surtout la tuberculose, maladies essentiellement transmissibles et contagieuses, qui font un si grand nombre de victimes.

Répondant, à une autre partie du discours de M. Vallin dans laquelle cet auteur attribue la décroissance des maladies contagieuses à Paris à la désinfection rigoureuse à la suite de chacune de ces maladies, dont la déclaration est obligatoire. Cette opinion n'est pas tout à fait exacte en ce qui concerne la variole, la fièvre typhoïde, la diphtérie, car un autre facteur entre en jeu dans leur prophylaxie. La vaccination pour la variole, l'adduction d'eau de source à Paris pour la fièvre typhoïde, la sérothérapie pour la diphtérie, ont certainement contribué autant, sinon plus, que la désinfection pour diminuer la morbidité de ces maladies. Il n'en est plus de même pour la scarlatine et la coqueluche, dont la désinfection n'a point abaissé la mortalité depuis quelques années. Nous sommes forcés pour expliquer l'augmentation de la mortalité de ces deux affections malgré des désinfections rigoureuses, d'invoquer des causes que nous ne connaissons pas encore On peut dire seulement que la désinfection a pu en diminuer la morbidité, mais non à l'enrayer.

Le cas de Vacher. — M. Laborde, en déposant sur le bureau de l'Académie une étude médico-légale sur Vacher développe les conclusions générales par lesquelles il termine ce travail. Il en résulte que Vacher, dégénéré héréditaire, atteint d'aliénation mentale caractérisée par un délire maniaque avec prédominance mélancolique, idées mystiques et de persécution, impulsion suicide et surtout homicide, dépravation sadique, a accompli tous ses actes criminels sous cette influence et sous cette domination irrésistibles, et, pour ces raisons, doit être considéré comme irresponsable des actes qu'il a commis (20 *mars*)).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Action favorable du cacodylate sur les épithéliomas muqueux. — M. Alex. Renault. On connaît depuis longtemps l'effet utile de l'arsenic, intus et extra, dans les affections sarcomateuses et épithéliomateuses. Le cacodylate de soude, supérieur aux anciennes préparations arsénicales, semble posséder sur ces affections la même influence favorable, ainsi que l'auteur a pu s'en assurer chez un malade atteint d'épithélioma lingual inopérable. Il a été prescrit sous forme pilulaire, d'après la formule suivante :

Cacodylate de soude . . . . . } àà 5 centigr.
Extrait de gentiane . . . . . }

Une pilule par jour, en commençant ; augmenter d'une tous les trois jours jusqu'à quatre chaque jour ; deux matin et soir avant les repas. La médication a été ainsi appliquée alternativement un mois sur deux. Elle a été parfaitement supportée, déterminant seulement une odeur alliacée de l'haleine Au bout de deux ans de ce traitement, le malade présentait une amélioration notable, caractérisée par un affaissement des végétations épithéliales de la langue et la disparition des troubles fonctionnels.

De la respiration de Cheyne-Stokes dans l'artério-sclérose. — M. Merklen considère comme de plus en plus vraisemblable que la respiration de Cheyne-Stokes des artério scléreux est due à un trouble circulatoire encéphalique. Ce rythme respiratoire serait même un signe précoce de l'artério-sclérose, capable de se prolonger pendant des mois, ce qui ne va guère avec l'hypothèse de son origine urémique.

Digitized by Google

Comme preuve à l'appui, il rapporte l'histoire d'un homme de 57 ans, atteint d'artério-sclérose, de néphrite, qui, pendant près d'une année, présenta comme unique symptôme de la respiration de Cheyne-Stokes d'abord nocturne, puis diurne, coïncidant plus tard avec de l'albuminurie, de la polyurie, de l'insuffisance rénale, de la dyspnée d'effort, et des paroxysmes dyspnéiques dus à de l'œdème pulmonaire. L'insuffisance rénale était certaine, puisque dès les premières analyses d'urine, on releva une densité faible à 1,012, avec de la polyurie, de l'albuminurie variable qui appartient à l'artério-sclérose rénale. L'insuffisance cardiaque était non moins évidente, puisqu'il existait de la dyspnée d'effort et des crises d'œdème pulmonaire, en dépit du lait pris d'une manière à peu près permanente.

Le phénomène de Cheyne-Stokes, qui s'exagérait même sous l'influence de la digitale, dépendait-il de l'état du rein ou de celui du cœur? Il est vraisemblable qu'il était influencé par l'un ou par l'autre, mais M. Merklen croit qu'il résultait avant tout de l'artério-sclérose cérébrale, et plus particulièrement de l'ischémie des centres régulateurs de la respiration. Ce phénomène est en tout point comparable au pouls lent permanent que l'on observe également chez les sujets atteints d'artério-sclérose de l'encéphale. On peut donc le considérer comme fonction de l'ischémie cérébrale chez les artério-scléreux.

M. Rabé. — L'artério-sclérose diffuse du cerveau, en déterminant une irritation artérielle insuffisante ou irrégulière des centres nerveux, est le principal facteur pathogénique qui commande l'éclosion du rythme de Cheyne-Stokes. Le jour où la faiblesse et la dilatation du cœur viennent aggraver les troubles circulatoires, le fonctionnement régulier du cerveau devient impossible; les conditions, nécessaires à l'évolution de la dyspnée périodique, se trouvent réalisées.

L'artério-sclérose rénale n'intervient, dans ces cas, qu'à titre de facteur étiologique éloigné; l'endarterite chronique peut intéresser la généralité des artérioles du rein; mais cette lésion réalise un simple obstacle circulatoire qui favorise, à un moment donné, la dilatation et l'asthénie du cœur, hâte l'apparition d'une crise d'asystolie, pendant laquelle se développe souvent le mode respiratoire de Cheyne-Stokes.

M. Rendu regarde l'urémie comme la cause la plus fréquente du phénomène de Cheyne Stokes, car l'heureuse influence du régime lacté et des purgatifs, en facilitant l'élimitation des toxines, ne montre-t-elle pas qu'il s'agit d'une toxhémie?

M. Merklen. — L'influence favorable du régime lacté sur la respiration de Cheyne-Stokes des artério-scléreux n'est pas en désaccord avec son origine cardio-artérielle. Ce trouble du rythme respiratoire est sous la dépendance d'un double facteur, l'ischémie par artério-sclérose cérébrale et l'insuffisance cardiaque qui, le plus souvent, résulte de l'insuffisance rénale. Or, le lait est le meilleur traitement de l'insuffisance cardiaque des artério-scléreux. La diurèse qu'il provoque et entretient, diminue la surcharge du système circulatoire et le travail du cœur. Il n'est pas étonnant qu'il ait une action favorable sur la respiration de Cheyne-Stokes. Le pouls lent permanent par artério-sclérose bulbaire subit des oscillations comparables : le pouls se ralentit au maximum pendant les périodes d'insuffisance cardio-rénale et se relève sous l'influence de la diurèse lactée.

Des crises testiculaires dans la filariose. — M. Louis Rénon. Chez un malade de la Guadeloupe, j'ai vu la filariose évoluer presque tout entière sous la forme de crises testiculaires.

Ces crises, datant de dix ans, survenaient en moyenne deux fois chaque année, et leur apparition n'était précédée d'aucun prodrome. Le malade était réveillé le matin par une douleur atroce dans le testicule droit, immédiatement gros et très sensible à la pression; la douleur s'irradiait dans la fosse iliaque droite pour gagner la région lombaire, et l'on assistait à tout le cortége symptomatique de la colique néphrétique. L'accès pouvait être fébrile ou non, et cédait de lui-même au bout de vingt-quatre ou trente-six heures. Après les dernières crises, une hydrocèle transparente apparut dans la vaginale droite; elle guérit très bien, traitée par l'extirpation complète de la séreuse.

Ces crises testiculaires furent les seules manifestations apparentes de la filariose chez mon malade, dont le sang contenait des embryons de filaire; on ne trouvait, dans son histoire, que deux œdèmes fugaces du scrotum et du pied droit, d'une durée de vingt-quatre heures à peine. Ces crises doivent être nettement séparées de la colique néphrétique à laquelle elles ressemblent beaucoup. Décrites dès 1894 par M. Audoin (d'Haïti), elles tiennent à la présence de la filaire dans le territoire lymphatique d'un testicule. (*16 mars*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Septicémie, traitement par l'eau oxygénée; guérison. — M. Terrier fait un rapport sur une observation de M. Pluyette, de Marseille. Il s'agit d'un homme de 57 ans, chez lequel se déclara, à la suite d'un coup de feu dans la partie moyenne de la cuisse, un phlegmon rapidement compliqué de gangrène gazeuse, avec état général très mauvais et fièvre modérée. Une longue incision, pratiquée sur la partie antéro-externe de la cuisse. donna issue à des gaz fétides, à une sérosité grumeleuse mêlée de débris sphacélés du tissu cellulaire et musculaire, de fragments de bourre et de grains de plomb. Pensant qu'il était en présence du vibrion septique, anaérobie, M. Pluyette lava la surface de la plaie avec l'eau oxygénée et injecta autour de la zone atteinte, 5 centimètres cubes de cet antiseptique en dix piqûres. Pansement humide, injection de 500 grammes de sérum, potion de Todd, thé alcoolisé. Même pansement le soir. Le lendemain, la situation semblait avoir empiré. T. 39°6; la zone bronzée a augmenté vers la racine du membre, albuminurie. De nouveaux débridements furent pratiqués au thermo-cautère, lavages au sublimé, à l'acide phénique, à l'eau oxygénée, dont 10 centimètres cubes furent de nouveau injectés autour de la blessure : pansement humide.

Ce traitement fut renouvelé matin et soir pendant quatre

Digitized by Google

jours ; ce ne fut qu'au bout de ce temps que l'infection fut arrêtée. La réparation de la plaie exigea un mois et demi pour amener la guérison.

L'intérêt de cette observation réside dans les avantages qu'on a pu retirer de l'emploi de l'eau oxygénée en lavages et en injections interstitielles sous cutanées. En présence d'accidents de septicémie gangréneuse, on suivra avec bénéfice la même conduite.

M. Reynier. — L'eau oxygénée rend en effet de réels services dans la septicémie gangréneuse; mais, pour ne pas avoir d'escarres, il importe d'employer de l'eau oxygénée pure, débarrassée autant que possible d'acide chlorhydrique qu'elle renferme quelquefois.

M. Quenu. — L'eau oxygénée constitue le topique par excellence pour les plaies gangréneuses et pour les plaies septiques périrectales en particulier. Son seul inconvénient est d'être parfois douloureuse, ce qui tient à son acidité. C'est pourquoi il peut être nécessaire de l'étendre parfois de 2 à 3 fois son volume d'eau, suivant l'usage que l'on en veut en faire.

M. Terrier. — L'eau oxygénée très pure ne contient aucun acide; elle n'a donc pas de tendance à produire du sphacèle. *(14 mars.)*

BIBLIOGRAPHIE

Procédés de choix des amputations des membres dans la continuité et la contiguité, par le Dr A. Mignon, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Paris, 1900. Chez Doin, prix 12 fr.

Dans tous les traités de médecine opératoire on trouve décrits les nombreux procédés recommandés par les auteurs, d'où un certain embarras pour le débutant qui doit choisir dans un cas donné. M. Mignon, dans son livre, a fait un choix et décrit seulement les procédés qui lui ont paru les meilleurs; il s'est borné à l'exposé des amputations parce qu'elles constituent les meilleures manœuvres des premiers essais opératoires. Il étudie les causes des amputations et apprécie pour chaque région les raisons du choix des procédés : il discute les moyens d'hémostase préventive, insiste sur la ligature des vaisseaux et la suture des parties molles; il expose enfin les résultats de la plupart des amputations.

Les figures, dues au Dr Husson, ont été multipliées afin de bien fixer les divers temps opératoires.

Nos lecteurs, auxquels nous recommandons vivement cet ouvrage, y trouveront les renseignements les plus utiles. — J. H. M.

Pratique de la chirurgie courante, par le Dr Marius Cornet. Paris, 1900. Chez Alcan, éditeur, prix 6 fr.

A cette époque où les livres de thérapeutique chirurgicale se multiplient, celui de M. Cornet n'est pas superflu car il s'adresse exclusivement aux praticiens éloignés des grands centres et obligés d'opérer dans certaines circonstances. L'auteur n'a pas voulu faire un traité complet de thérapeutique chirurgicale, mais réunir les cas de chirurgie d'urgence et de chirurgie élémentaire, et résumer les indications et la technique opératoire. Comme le dit l'auteur, ce livre est destiné aux chirurgiens d'occasion, il résume la chirurgie dite de garde, la chirurgie journalière. M. Cornet a donc fait œuvre utile, nous devons l'en remercier; d'ailleurs, son livre est présenté au public médical par un maître de la chirurgie lyonnaise, M. le professeur Ollier, cela nous dispense de toute appréciation. — J. H. M.

Tableaux synoptiques d'obstétrique, par les Drs Saulieu et Lebief. 1900, 1 vol. in-8° avec 200 photographies et 114 fig. Baillière et fils, éditeurs, prix 6 fr.

Ce livre, conçu dans le même esprit que les autres volumes de cette collection, présente cependant un caractère d'originalité qui lui est propre.

En effet, les auteurs, pour présenter des figures d'une exactitude parfaite sont adressés à la photographie faite soit sur le vivant, soit sur le mannequin; on peut suivre ainsi facilement les divers temps de l'accouchement pour chaque présentation, et comprendre les différentes manœuvres obstétricales.

Ce livre sera précieux à l'étudiant et au praticien, l'un et l'autre y trouveront des renseignements utiles; nous leur en conseillons vivement la lecture.

Conférences pour l'externat des hôpitaux de Paris, par Saulieu et Dubois, fascicules I et II, chez Baillière, prix 1 fr.

Les candidats à l'externat trouveront dans ces fascicules un certain nombre de questions d'anatomie, de pathologie et de petite chirurgie, dont quelques-unes sont difficiles à traiter; la tâche leur sera donc facilitée d'autant plus qu'ils y trouveront un assez grand nombre de figures explicatives.

La chirurgie de l'oreille, par les Drs C. Astier et J. Aschkinasi. Paris, 1900. Chez Doin.

Les immenses progrès de l'otologie dans la voie chirurgicale pendant ces dernières années, justifient pleinement la publication de ce volume où les auteurs étudient les opérations qui se pratiquent sur l'oreille en général, opérations dont un grand nombre sont d'un usage courant.

On y trouvera exposées les affections de l'oreille externe et de l'oreille moyenne; un long chapitre est consacré aux mastoïdites et aux diverses opérations mastoïdiennes.

Nous ne pouvons que recommander la lecture de ce livre, elle sera très intéressante et très profitable.

Cure prompte et radicale de la syphilis, par le Dr J.-F. Larrieu, médecin de l'hôpital Montfort-L'Amaury, lauréat à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. à la Société d'Editions scientifiques.

Montrer que la syphilis peut, dans la plupart des cas, être enrayée dès le début; que, parvenue à la période éruptive, elle est susceptible de guérir définitivement après un traitement de quatre à huit mois, qu'enfin les désastreux effets du mal sur l'hérédité peuvent être conjurés, et qu'une femme syphilitique, pourra le plus souvent, sinon toujours, mener à bonne fin une grossesse débutant alors même, ou peu après : tel est le but de ce travail. L'auteur sait bien qu'il va à l'encontre des idées généralement admises en la matière; mais il s'adresse, dit-il, aux esprits non prévenus.

L'auteur ne préconise aucun remède secret, ni un traitement tellement compliqué ou désagréable, qu'il ne puisse être suivi partout. Il s'est efforcé de montrer pour quelles raisons les traitements classiques sont restés impuissants, et comment on peut facilement venir à bout d'un mal qui semble n'être redoutable qu'en raison des abus de ces médications. Il a le ferme espoir que ses idées seront approuvées par le corps médical.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Complications oculaires de la paralysie faciale et leur traitement chirurgical.

Par le docteur ALBERT TERSON

On sait que la paralysie faciale périphérique est caractérisée par la participation de l'orbiculaire palpébral au syndrome paralytique. Ces troubles sont connus depuis longtemps et l'inocclusion des paupières constitue un des symptômes de cette variété de paralysie faciale. Bien souvent cette inocclusion préoccupe assez peu le médecin et le malade. On attend plus ou moins patiemment la guérison de la paralysie : il y a des cas, toutefois, où cette situation ne se prolonge pas sans incident, et une lésion oculaire apparaît assez rapidement. D'autres fois, et pour diverses raisons, comme nous le verrons, la paralysie faciale contituant et étant quelquefois même *absolument incurable*, les troubles oculaires sont tardifs et quelquefois provoqués par un léger traumatisme (corps étranger conjonctival), ou un simple refroidissement.

Quoi qu'il en soit, on constate dans la paralysie de l'orbiculaire, un élargissement de la fente palpébrale du côté paralysé (la paralysie peut être quelquefois bilatérale), qu'il ne faut pas confondre avec l'aspect *d'un œil* sain, l'autre œil étant atteint de blépharospasme ou de contracture de l'orbiculaire. A cet élargissement se combine un *abaissement de la paupière inférieure* par chute et relâchement de l'orbiculaire. Nous appelons souvent cet état la *ptose* de la paupière inférieure, car il n'y a pas de bonne raison pour conserver exclusivement le nom de ptose ou ptosis à la chute paralytique de la paupière supérieure seule. Naturellement, la ptose paralytique de la paupière inférieure a des signes moins accusés que celle de la paupière supérieure, vu les différences si grandes dans les dimensions et la mobilité de deux paupières. Elle n'en existe pas moins. De plus, cette chute de la paupière inférieure est combinée d'abord à un certain degré *d'écartement* de la paupière inférieure, séparée du globe par une sorte de fossé remplaçant le contact physiologique, ensuite à une légère éversion du bord ciliaire, éversion beaucoup plus marquée et beaucoup plus visible au niveau de sa portion lacrymale, et en particulier du point lacrymal inférieur que *l'on voit* sans toucher à la paupière. Or tout point lacrymal inférieur *qu'on voit*, sans éverser la paupière avec le doigt, n'est pas à sa place et ne participe plus à la *circulation lacrymale*. Si l'on prie le malade de fermer les yeux, cet état s'exagère encore : l'œil paralysé se porte désespérément en haut, se cache, en position de protection, sous la paupière inférieure, fait qui a été signalé de tout temps, et l'ectropion inférieur s'accentue encore avec éversion plus marquée du point lacrymal qui *pointe* alors directement en avant.

Pendant le sommeil, l'occlusion est incomplète, quoique variable, comme tous les symptômes oculaires, suivant le degré de paralysie, souvent aussi avec les sujets à paralysie égale, mais dont les yeux n'ont pas la même saillie physiologique. Pendant le jour, le clignement fait défaut, ce à quoi le malade supplée par le frottement fréquent de la paupière supérieure et la lubréfaction de l'œil par ce massage. Pendant le jour, le malade, outre la sensation de gêne qu'il éprouve et qui le préoccupe constamment, a l'œil plus rouge et généralement beaucoup plus larmoyant que l'autre. Ceci a été remarqué depuis longtemps et attribué à la paralysie du *rétracteur* des points lacrymaux (muscle de Duverney-Horner). Toutefois, il n'est pas impossible à notre avis, que l'ectropion et l'absence de clignement, avec l'action irritante de l'air et les manœuvres du malade qui cherche à essuyer son œil, ne soient pour beaucoup dans l'origine de ce larmoiement en *excitant* la conjonctive et en provoquant un réflexe lacrymal. Ce larmoiement pourrait donc être en même temps et dans une proportion peu facile à définir, *hypersécrétoire* du fait de l'excitation lacrymale et *hypoexcrétoire* du fait de la paralysie du muscle de Duverney-Horner et de l'éversion du point lacrymal inférieur.

Dans ces dernières années, divers auteurs, Goldzicher entre autres, ont remarqué que dans *certains* cas de paralysie faciale, les sujets à l'état habituel et surtout à l'occasion d'un chagrin, n'émettent de larmes que du côté non paralysé et, d'autre part, Vulpian et Journiac avaient remarqué que la faradisation de la caisse du tympan excitait la sécrétion lacrymale. D'après Jendrassik, ce ne serait que dans les cas de paralysie faciale totale qu'existerait la suppression de la sécrétion lacrymale, les cas par lésion au-delà du trou stylo-mastoïdien en étant exempts. Aussi, pour divers auteurs, le facial présiderait à la sécrétion lacrymale. La question a été très complètement traitée dans la remarquable thèse de Campos (Recherches expérimentales et cliniques sur les nerfs sécréteurs des larmes, Paris 1897), que nous avons engagé à aborder ce sujet, et nous y renvoyons le lecteur.

En somme, il est fréquent de constater qu'un larmoiement plus ou moins accentué gêne le malade et que les larmes s'écoulent fréquemment sur la joue, dont elles irritent la peau, et dont l'essuyage constant, de haut en bas, ainsi *mal fait* par le malade, tend à accentuer l'ectropion.

Digitized by Google

Cette gêne, bien qu'un peu variable avec les sujets, n'est rien, comparée aux accidents graves qui peuvent survenir, compromettre la vision, perforer la cornée et laisser des traces indélébiles. Ces accidents ne surviennent pas chez tous les malades, et existent plutôt chez ceux qui ont des métiers plus ou moins sujets à leur envoyer des corps étrangers fort septiques dans l'œil, ou qui s'essuyent avec des mains particulièrement sales. Les balayeurs, et un grand nombre d'autres artisans, sont dans ce cas. D'autres fois, il s'agit d'une paralysie totale et très ancienne. Peut-être, aussi, les sujets délicats, à tempérament faible, à épiderme fragile, offrent-ils un terrain plus favorable au développement d'une ulcération cornéenne. Celle-ci est généralement *assez lente* à se former et à s'étendre. *Elle diffère complètement de l'ulcération à marche phagédénique, gangréneuse, promptement perforante*, de la kératite neuro-paralytique. Ceci est important, car il arrive de temps à autre, comme nous l'avons observé, de voir coexister la paralysie de plusieurs nerfs crâniens, et, *du même côté*, on peut voir les paupières béantes par paralysie du *facial* et le globe de l'œil *absolument insensible* par paralysie du *trijumeau*. Dans ces cas-là, on peut avoir à faire le diagnostic de la kératite *neuroparalytique* et de la kératite par inocclusion pure. La marche de la première, s'il y a insensibilité complète, est généralement beaucoup plus rapide et beaucoup plus profonde que celle de la seconde. Les lésions de la kératite lagophtalmique pure sont, surtout au début, presque toujours localisés à la partie inférieure de la cornée. On sait de plus combien l'inocclusion des paupières favorise le début d'une kératite neuroparalytique, à telles enseignes que quelques auteurs, se basant sur des expériences sur les animaux, ont essayé de rejeter la kératite neuroparalytique elle-même et de la rendre au cadre de la kératite lagophtalmique. Il suffit d'avoir vu des ulcérations cornéennes au cours d'ectropion cicatriciel, traîner des mois et des mois avant d'aboutir à une perforation, rétrocéder d'ailleurs à la plus légère occlusion palpébrale permanente, et, d'autre part, d'avoir vu des cornées insensibles se *fondre* en 4 ou 5 jours et aboutir à un *staphylome*, de tout l'ensemble de la cornée, pour être convaincu qu'il y a là deux choses différentes. Ce qui existe en fait, c'est que la kératite neuroparalytique elle-même n'apparaît pas spontanément dans la grande majorité des cas et qu'il y a des degrés dans sa gravité, comme dans toutes les maladies. Nous avons vu, d'une part, des sujets rester plusieurs années avec une cornée bien vernie et complètement intacte, quoique avec *insensibilité totale* par lésion destructive du trijumeau. D'autre part, entre autres observations, nous avons cité celle d'un homme (V. la thèse de Fromageot, sur la kératite neuroparalytique d'origine syphilitique) atteint de syphilis cérébrospinale et d'une paralysie du trijumeau depuis plusieurs années. Il a suffi, au bout de ce temps si long, d'un petit corps étranger, d'un grain de poussière, tombé dans l'œil en arrangeant un objet sur une étagère, pour que cet œil *insensible* fût atteint de fonte totale de la cornée en quelques jours. A qui fera-t-on croire qu'un corps étranger, moins important que ceux que nous enlevons tous les jours et qui chez les sujets sains, n'entraînent, même après quelque temps, aucun accident sérieux, aurait suffi à entraîner la fonte de la cornée, s'il n'y avait eu la paralysie syphilitique du trijumeau pour donner à la lésion sa gravité immédiate?

D'autre part, *ce malade n'avait pas de paralysie faciale*. S'il est parfaitement vrai qu'il y a des cas relativement bénins de kératite neuroparalytique et que la soudure palpébrale faite à temps améliore et guérit, il est hors de doute pour qui a observé soigneusement un certain nombre de types bien distincts, qu'il s'agit de deux affections différentes, bien que la cause occasionnelle soit ordinairement dans les deux cas un traumatisme, de forme d'ailleurs très variable.

Toutefois, malgré sa marche lente, l'ulcération dans la kératite purement lagophtalmique, au cours de la paralysie faciale, progresse, tache la cornée, gêne la vision et cause de vives douleurs. Le malade est arrêté dans ses occupations journalières. S'il tarde à se faire traiter, il croit naïvement pouvoir lutter contre le mal, s'il rencontre un médecin qui se borne à lui conseiller un bandeau sur l'œil, la lésion peut devenir assez grave pour entraîner un leucome considérable, avec une perforation peut-être petite, bien différente de la vaste destruction neuro-paralytique, mais ayant pour le présent et pour l'avenir les graves dangers et les ennuis considérables d'un leucome adhérent; ce dernier nécessitera déjà souvent une iridectomie pour rétablir une vision perdue et qui, malgré l'opération, sera de qualité médiocre surtout à cause de l'astigmatisme par déformation cornéenne, sans parler de nombreuses causes connexes contribuant toutes à constituer une situation définitivement défectueuse.

Tout cela aurait pu être évité, même si une ulcération assez étendue s'était produite, si on était intervenu *avant* la perforation cornéenne. La kératite lagophtalmique offre en effet une prise considérable au traitement, si elle est traitée convenablement au début.

Le traitement par le bandeau et les pommades *faibles* (iodoforme à 1/50, iodol) lubrifiant et protégeant l'œil sans y apporter une action caustique n'est guère qu'un traitement d'*attente*. Si la kératite a la plus légère tendance à lui résister, si le malade se soigne mal, ne porte son bandeau que d'une manière

Digitized by Google

intermittente et n'en reçoit par suite qu'une amélioration intermittente, il n'y a pas à hésiter : il faut opérer. Si le bandeau, échauffant l'œil, remplacé, surtout chez les miséreux, par du coton sale mis avec des mains sales, est dangereux par lui-même, il faut aussi opérer, Enfin, si, par les conditions d'existence où vit le malade et si la paralysie faciale est manifestement incurable ou doit être de longue durée, la kératite même guérie momentanément, est soumise à une récidive fatale, il faut opérer autant pour sauvegarder l'œil, le temps qu'il faudra, que pour le guérir.

Ce qu'il faut, en effet, c'est que le malade porte nuit et jour avec lui un pansement permanent et naturel, et que l'on fixe en meilleure place les paupières dont le rôle protecteur lui fait défaut.

La suture totale des paupières est tout à fait exagérée dans ces cas-là. La *suture partielle*, dont l'effet est déjà considérable et suffisant, comme on l'a constaté dans tous les temps dans les cas de suture totale où certaines parties ont cédé est indiquée. — La suture partielle externe (tarsorrhaphie externe de Walther) ne relève pas la partie interne de la paupière inférieure et le point lacrymal ; or, dans la paralysie de l'orbiculaire, c'est la partie la plus touchée et la plus déviée. La suture médiane (Bowman, *Panas*), est d'un effet infiniment meilleur et peut être nécessaire dans les cas très graves ou déjà perforés. La *tarsorrhaphie interne* (Bull et Hansen), à partir des points lacrymaux d'une étendue de 4 millimètres en allant vers la partie médiane qu'on n'a pas besoin d'atteindre, joue un rôle suffisant dans les cas moyens, comme le Dr Terson (de Toulouse) et nous-même l'avons plusieurs fois constaté. Les ulcérations se cicatrisent rapidement et le pont interpalpébral interne, réduit ensuite sur son côté externe par les ciseaux à la largeur que l'on veut, relève le point lacrymal inférieur, évite la stagnation lacrymale, et rapproche les paupières du globe, tout en laissant presque complètement à la fente palpébrale sa forme et ses fonctions normales. *De profil* même, le pont artificiel interne est invisible.

Inutile d'ajouter que ces diverses opérations peuvent être étendues, diminuées ou combinées suivant les cas, tout en respectant le principe de conserver un pont juxta-lacrymal et de ne créer aucune difformité par trop visible, pour le temps souvent très long que ce point d'appui devra demeurer en place. D'autre part, quand la paralysie sera terminée ou si, se basant sur les exemples où les accidents oculaires n'ont pas reparu, bien que la soudure palpébrale ait été détruite avant la fin d'une paralysie quelquefois incurable, on se décide à rompre le pont, on se rappellera que toute occlusion chirurgicale des paupières n'intéresse pas les cils, si elle a été exactement faite sur la margelle rétrociliaire et qu'elle ne laissera ensuite aucune trace de son existence après une simple section aux ciseaux. Après avoir exposé clairement au malade atteint de paralysie faciale les avantages qu'il peut retirer de cette minuscule opération exécutée d'une façon précise, en regard des inconvénients à peu près nuls qu'elle comporte, on n'hésitera d'autant moins à intervenir qu'il s'agit du seul moyen pouvant rendre un service permanent à des sujets en somme assez nombreux.

CLINIQUE MÉDICALE

Mécanisme et étapes successives de l'infection intra-crânienne dans les maladies de l'oreille (1)

Par H. Luc, *ancien interne des hôpitaux*

1re ÉTAPE. — ABCÈS EXTRA-DURAL

Si nous mettons à part l'empyème du sinus maxillaire, que son éloignement de la cavité crânienne réduit à l'impuissance, à l'égard de toute possibilité d'infection de l'encéphale et de ses enveloppes, les suppurations péri-crâniennes, que nous venons de passer successivement en revue, présentent ce trait commun, que leur évolution peut, à un moment donné, avec une fréquence évidemment très variable, suivant les cas, être troublée par l'explosion d'accidents de la plus haute gravité, tenant à la pénétration, à l'intérieur de la cavité crânienne, des germes infectieux primitivement cantonnés dans le foyer extra-crânien.

Cette pénétration peut se faire à travers l'os macroscopiquement intact, ou à la faveur d'une solution de continuité de la paroi osseuse, consistant, soit en une perforation pathologique, due aux progrès de l'ostéite, soit en une lacune préexistant à la maladie.

Dans le premier cas, l'invasion de l'endo-crâne s'effectue par les capillaires intra-osseux ou par l'une des veinules qui, de la cavité suppurante, aboutissent à l'un des sinus veineux du crâne.

L'oreille paraît fournir à cette pénétration des voies spéciales : l'aqueduc de Fallope et, d'après Jansen, le labyrinthe, d'où l'infection pourrait gagner l'endo-crâne par le nerf auditif, la veine auditive, l'aqueduc du vestibule et l'aqueduc du limaçon.

Dans le second cas, la dure-mère dénudée oppose, pendant un temps variable une barrière à l'infection, mais tantôt au bout d'un temps fort court

(1) Extrait d'un volume de leçons sur les *suppurations de l'oreille moyenne*, sur le point de paraître (J.-B. Baillière, 1900).

Digitized by Google

(dans les formes aiguës ou dans les formes chroniques *réchauffées*), tantôt, au contraire, au bout d'un laps de temps considérable, cette membrane s'altère et se laisse imprégner et traverser par les éléments infectieux qu'elle transmet, suivant la région où évoluent les lésions, soit à l'intérieur d'un sinus veineux, soit dans la cavité arachnoïdienne, soit directement dans le parenchyme cérébral, lorsque des adhérences ont eu le temps de se former entre elle et la pie-mère.

L'étiologie de ces accidents intra-crâniens est soumise à certaines lois générales, dont je dois vous entretenir dès maintenant. C'est ainsi que, du moins pour ce qui a trait aux oreilles, le sexe, l'âge, le côté affecté et la forme du crâne paraissent avoir sur leur degré de fréquence une influence indiscutable, cette fréquence présentant son maximum entre la dixième et la trentième année, et étant, d'après la plupart des statistiques, à peu près double, chez l'homme, de ce qu'elle est chez la femme.

Toutes les statistiques concordent, d'autre part, à établir une fréquence beaucoup plus grande des mêmes complications dans le cours des otorrhées du côté droit que dans celles du côté gauche.

On a cru noter aussi une prédisposition plus marquée à l'égard de ces accidents chez les brachycéphales que chez les dolicocéphales.

Enfin, on a parfois observé plusieurs exemples d'infection intra-crânienne d'origine otique ou nasale, chez divers membres d'une même famille. Lermoyez en a rapporté tout récemment un remarquable exemple, et il explique très rationnellement cette variété d'hérédité par la transmission familiale d'une conformation crânienne spéciale, caractérisée probablement par une largeur anormale des orifices osseux servant au passage des vaisseaux, ou par la présence de déhiscences congénitales, laissant la dure-mère à nu au fond d'une ou de plusieurs des cavités aérées péri-crâniennes.

Le caractère d'acuité ou de chronicité de la suppuration première a aussi son importance dans cette étiologie, les accidents intra-crâniens s'observant incontestablement avec une fréquence plus grande dans le cours des suppurations chroniques; mais, où ils éclatent le plus volontiers, c'est dans le cours des suppurations chroniques *réchauffées*, à la suite d'une intervention incomplète ou accompagnée d'une désinfection insuffisante du foyer osseux. D'un autre côté, le siège ou la nature des mêmes accidents peuvent varier suivant le caractère aigu ou chronique de l'abcès primitif. C'est ainsi que la méningite paraît s'accommoder mieux du premier cas et l'encéphalite du second : différence qui s'explique facilement par cette considération, que les foyers chroniques arrivant au contact de la dure mère se prêtent à la formation d'adhérences entre la face profonde de cette membrane et la pie-mère et à la transmission directe des germes infectieux dans le parenchyme cérébral, sans qu'ils puissent se diffuser dans la cavité arachnoïdienne. Pour ce qui est de la pyémie d'origine otorrhéïque, j'aurai bientôt l'occasion de vous montrer qu'elle varie dans ses manifestations cliniques, dans ses lésions et dans sa gravité, suivant qu'elle éclate dans le cours d'une otite aiguë ou d'une otorrhée ancienne.

Enfin, je ne vous rappelle que sommairement ici (ayant eu l'occasion de vous en entretenir dans les considérations générales de ma première leçon); l'influence tout particulièrement nocive et, en quelque sorte, préparatoire de l'infection intra-crânienne exercée par certaines des maladies générales qui ont occasionné la suppuration première : scarlatine, rougeole, diphtérie, grippe; et je ne saurais trop insister sur ce fait, qu'il y a lieu de tenir compte aussi du génie (comme disaient les anciens) de certaines épidémies, s'accusant par une fréquence exceptionnelle des complications intra-crâniennes et que nous cherchons à expliquer aujourd'hui par une virulence et une tendance migratrice anormalement accusée de microbes présidant à leur évolution. Je vous rappelle aussi la prédisposition conférée par le diabète, pour les fusées intra-crâniennes comme pour les autres, d'autre part, le danger spécial d'infection méningo-encéphalique résultant du séjour prolongé de corps étrangers dans la cavité tympanique et surtout de manœuvres maladroites pratiquées, à l'aveugle, par des mains inexpérimentées, en vue d'en obtenir l'extraction, et, toujours à propos de l'oreille, le rôle prépondérant joué par le cholestéatome dans la pathogénie de toutes les variétés d'infection intra-crânienne. Une autre lésion préparatoire du même danger est représentée par le travail d'hyperostose qui accompagne souvent l'évolution des vieux empyèmes péri-crâniens et qui s'exerçant surtout sur la paroi externe du foyer ou sur les parois du conduit naturellement indiqué pour son drainage s'oppose à toute ouverture spontanée de sa part vers l'extérieur et rend de plus en plus difficile son évacuation par les voies naturelles.

Je veux enfin appeler votre attention sur les rapports presque constants de voisinage qui s'observent entre le siège du foyer péri-crânien primitif et la localisation du foyer intra-crânien consécutif.

Ce foyer, une fois formé, pourra évidemment s'étendre plus ou moins loin de son point de départ, autant que la survie du malade ou le retard apporté à l'intervention lui en laisseront le loisir; mais ce point de départ affecte avec le foyer osseux des rapports de voisinage si étroits, qu'étant connue la situation exacte de ce dernier, la sienne peut être déter-

Digitized by Google

minée à l'avance, surtout après qu'une première intervention a fait constater l'existence d'une perforation spontanée de la paroi osseuse, mettant à nu une région bien délimitée de la dure-mère et ayant, suivant toute vraisemblance, servi de porte d'entrée à l'infection plus profonde.

C'est ainsi que l'infection crânienne consécutive à l'empyème frontal ou fronto-ethmoïdal produira tout d'abord des lésions méningées ou encéphaliques ou méningo-encéphaliques de la région antérieure du lobe frontal, que, secondaire à l'empyème sphénoïdal, elle atteindra primitivement les sinus caverneux, puis l'espace sous-arachnoïdien de la région basilaire centrale, que, provoquée par un foyer auriculaire, elle s'attaquera d'abord à l'étage moyen du crâne et à la région du lobe sphénoïdal, lorsque les lésions osseuses prédominent au niveau du tegmen et surtout ont abouti à sa perforation, tandis que la prédominance des lésions, au niveau de la paroi postérieure de l'antre, ayant pour conséquence la dénudation du sinus latéral et de la dure mère de l'étage postérieur du crâne, aura chance d'aboutir, soit à la thrombo-phlébite du sinus en question, soit à l'abcès cérébelleux, soit à la lepto-méningite de la région correspondante de l'endo-crâne, soit à ces trois lésions simultanément ou successivement.

Il résulte de ce qui précède que, dans sa marche *du foyer* extra-crânien vers l'endo-crâne, l'infection parcourt une série d'étapes successives, dont la première correspond à la face externe de la dure-mère. Son passage à ce niveau peut être tout à fait intransitoire, ou, au contraire, représenter une halte prolongée. En outre, dans ces derniers cas, il se peut, qu'à la faveur de la laxité du tissu cellulaire qui double extérieurement cette membrane, il se produise une infiltration purulente qui la décolle de la surface osseuse crânienne, sur une étendue variable. Cette lésion décrite sous les dénominations d'*abcès sous-dural* ou *extra-dural*, ou de *pachy-méningite externe suppurée*, offre un grand intérêt pratique, car, si elle évolue souvent d'une façon latente, reconnue et opérée à temps, elle se termine presque toujours par la guérison, et l'infection intra-crânienne se trouve ainsi enrayée dans sa marche.

L'*abcès extra-dural* peut apparaître dans le cours des suppurations péri-crâniennes aiguës ou chroniques; mais la plupart des statistiques concordent pour le montrer plus fréquent dans les premières que dans les secondes.

Ainsi Grünert, de Halle, a établi, dans l'important travail publié par lui sur cette question, que, bien que dans ces dernières années, l'ouverture mastoïdienne ait été pratiquée, à la clinique de Halle, trois fois plus souvent pour des otites suppurées aiguës, le nombre des abcès extra-duraux découverts dans les cas de cette dernière catégorie avait été de douze contre huit observés dans les cas chroniques,

Le même auteur a constaté une fréquence beaucoup plus grande de cette affection dans le sexe masculin, dans la proportion de 9 à 1.

Tout en affectant avec le foyer osseux primitif les rapports de voisinage que je vous ai signalés pour toutes les lésions intra-crâniennes, en général, l'abcès extra-dural montre une tendance marquée à se développer de préférence au voisinage des sinus veineux, particulièrement là où de nombreuses veines intra-osseuses viennent déboucher dans ces vaisseaux. Ceci vous explique la fréquence beaucoup plus grande de l'abcès extra-dural, d'origine otique, dans l'étage postérieur que dans l'étage moyen du crâne, le sillon sigmoïde présentant les conditions anatomiques les plus favorables à son développement. J'ai eu moi-même l'occasion d'observer l'application de la même loi à la région antérieure du crâne, à propos d'un cas d'empyème frontal compliqué de phlegmon de la région adjacente du cuir chevelu, qui aboutit à la formation d'un foyer de pachyméningite suppurée, tout contre le sinus longitudinal supérieur.

Une fois développé, l'abcès extra-dural se limite rarement par des adhérences. Il montre au contraire une grande facilité de diffusion, passant d'un étage du crâne à l'autre et ressortant quelquefois à l'extérieur, soit en perforant la paroi osseuse, notamment là où elle est mince (écaille du temporal), soit à travers un orifice naturel de la base, ainsi qu'il advint dans le fait de Rossi, que je vous ai signalé antérieurement et dans lequel une collection purulente sous durale, consécutive à une mastoïdite de Bezold s'échappait du crâne par le trou déchiré postérieur. Enfin, il peut arriver que l'abcès sous-dural, sans avoir jamais communiqué, ou après avoir cessé temporairement de communiquer avec le foyer osseux primitif, se vide secondairement à son intérieur.

La physionomie des lésions paraît varier notablement, suivant que la suppuration première est aiguë ou chronique.

Tout d'abord il n'est pas rare que l'abcès lié aux cas aigus soit situé à une certaine distance du foyer primitif ou que du moins il ne communique pas avec lui. La formation de la collection sous-durale paraît alors sous la dépendance d'une ostéite diffuse, qui peut simultanément se traduire par la formation d'abcès sous-périostiques, à la surface externe de l'os.

J'ai observé, l'an dernier, un remarquable exemple de cette formation de pus sur les deux faces de la paroi crânienne.

Dans ce cas, que j'ai communiqué au dernier Congrès de Portsmouth, il s'agissait d'un empyème frontal exceptionnellement rebelle, qui, après avoir

Digitized by Google

résisté à plusieurs larges interventions successives, avait fini par occasionner un vaste phlegmon du cuir chevelu. Même, après que toutes les parties décollées eurent été largement ouvertes et drainées, il continua de se produire, pendant les semaines suivantes, en divers points du cuir chevelu, autour du foyer primitif, mais sans communiquer avec lui, une succession de petits abcès sous-périostiques qui furent ouverts et drainés aussitôt que reconnus. A un moment donné, la scène changea : une monoplégie crurale apparut, bientôt suivie de l'extension de la paralysie au bras du même côté. L'aggravation des symptômes ayant amené l'ouverture chirurgicale du crâne, au niveau du siège présumé des lésions intra-crâniennes, je découvris plusieurs nappes de pus à la surface de la dure-mère, dont une correspondant au siège bien connu du lobule paracentral. Malheureusement, l'infection avait déjà gagné l'étape suivante; car mon intervention ayant été limitée à la surface externe de la dure-mère, les accidents poursuivirent leur marche et avec une rapidité telle, que, dès le lendemain, le malade agonisait.

En général, l'abcès extra-dural lié aux cas aigus s'accompagne de lésions osseuses légères, principalement au niveau du foyer primitif. Grünert insiste, dans son travail déjà cité, sur l'insignifiance et le caractère fugace des lésions intra-tympaniques observées par lui en pareil cas. En effet, dans la moitié seulement des douze cas opérés par lui, il avait noté un écoulement purulent par le conduit, lequel cessa d'ailleurs très rapidement. Dans un autre cas, l'otorrhée s'était prolongée davantage, mais elle était tarie au moment de l'intervention, et le tympan était même cicatrisé. Enfin, dans deux cas, il n'y eut pas de suppuration d'oreille, à proprement parler, mais un simple catarrhe de la caisse.

Il en est tout autrement dans les cas d'abcès extra-dural consécutifs à l'otorrhée chronique. Ici, en effet, l'os se montre plus ou moins profondément détruit par les progrès de l'ostéite fongueuse ; il est friable, nécrosé par place, laissant la dure-mère dénudée, sur une étendue plus ou moins considérable. La présence de cholestéatomes dans le foyer n'est rien moins que rare en pareil cas.

En dehors de dénudations étendues de la dure-mère, le foyer osseux est presque toujours en communication avec l'abcès sous-dural, dans ces formes chroniques, par l'intermédiaire d'un trajet fistuleux, plus ou moins encombré de fongosités.

De même que les lésions osseuses, celles de la dure-mère varient sensiblement suivant le caractère aigu ou chronique de la suppuration primitive ; généralement insignifiante dans le premier cas, et se réduisant tout au plus à quelques fongosités légères de la surface extérieure de cette membrane, elles se présentent au contraire, dans les formes chroniques l'aspect d'épaississements couenneux, d'exsudats fibrineux ou gélatiniformes et de fongosités épaisses, parfois verdâtres, nécrotiques. A un moment donné, la membrane ainsi altérée peut se laisser perforer, transmettant son infection, soit à l'intérieur d'un sinus, soit dans la substance cérébrale, et alors le foyer sous-dural, en même temps qu'il communique par une fistule avec le foyer extra-crânien primitif, est en communication par un second trajet fistuleux, avec un second foyer plus profond sinusien, cérébral, et cérébelleux.

Grünert fait remarquer que les dimensions des abcès extra-duraux sont difficiles à déterminer, la dure-mère tendant à se réappliquer contre la paroi crânienne, dès qu'on les a évacués. Toutefois, d'après la quantité de pus écoulée, il croît pouvoir établir que la grandeur des abcès observés par lui variait entre celle d'une noix et celle d'une noisette. J'ajouterai que, dans bien des cas aigus, l'abcès sous-dural se réduit à une simple petite nappe de pus étalée à la surface de la membrane.

L'un des traits les plus remarquables de la physionomie clinique de l'abcès sous-dural, c'est l'insidiosité habituelle de son développement. Il peut, surtout dans les formes chroniques, rester complétement latent, ou se révéler tout au plus par de la céphalalgie, de la fièvre et une altération du teint et des forces, s'expliquant mal, surtout après que le foyer extra-crânien a été dûment ouvert et nettoyé. La fièvre pourrait même complètement manquer, d'après Grünert, dans les cas où le pus n'est pas au contact d'un sinus veineux.

En somme, la céphalalgie est le symptôme le plus constant de l'affection : elle est généralement unilatérale et peut s'accompagner de vertiges, de nausées et de vomissements. Elle prédomine parfois en un point correspondant au siège de l'abcès, et dont la pression se révèle manifestement.

Lorsque la collection sous-durale atteint des dimensions considérables, elle peut occasionner des signes de compression, telles que le ralentissement du pouls, symptôme que nous retrouverons, mais avec une importance et une fréquence bien plus considérables, à propos de la symptomatologie de l'abcès encéphalique. Enfin, quand il occupe le voisinage des régions motrices, l'abcès peut se manifester par des paralysies croisées, et même par de l'aphasie, s'il siège du côté gauche.

Il est extrêmement remarquable que cette symptomatologie de l'abcés sous-dural, souvent si obscure et si insidieuse dans les formes chroniques, même accompagnée de lésions étendues, peut, dans certains cas aigus, avec des lésions pour ainsi dire insignifiantes, s'exprimer cliniquement de la façon la plus

Digitized by Google

bruyante : tel était le cas d'un jeune homme dont j'ai publié antérieurement l'observation et chez qui une simple dénudation limitée de la dure-mère, au fond d'un foyer otorrhéique insuffisamment curetté, donna lieu à un accès comateux, accompagné de convulsions épileptiformes généralisées, accidents qui se dissipèrent entièrement à la suite d'une désinfection complète de toutes les parois du foyer et en particulier de la surface dénudée de la dure-mère. Et pourtant la surface en question correspondait à la région inférieure du lobe sphénoïdal et était par conséquent fort éloignée des centres moteurs corticaux.

Abandonné à lui-même, l'abcès extra-dural suit une marche progressive. Il est tout à fait exceptionnel qu'il guérisse spontanément, à la suite d'une évacuation de son contenu, à travers une perforation de la paroi crânienne, ou dans le foyer osseux primitif. Même à la suite d'une évacuation semblable, une intervention est indispensable pour obtenir la désinfection du foyer et la guérison de la fistule ostéo-durale.

Mais le plus souvent la situation va en s'aggravant, soit par le fait de l'augmentation de la compression intra-crânienne liée au développement et à la diffusion de la collection purulente, soit par suite du passage de l'infection à une étape plus profonde, avec ou sans perforation de la dure-mère. Tantôt alors éclateront les grands accès fébriles précédés de frissons intenses, indiquant le développement d'une thrombo-phlébite sinusienne suppurée, tantôt l'accentuation de la céphalée et l'adjonction à ce symptôme d'autres manifestations plus graves telles que vertiges, vomissements bilieux, raideur de la nuque, somnolence... révéleront un début de méningite ou d'encéphalite.

Il résulte de ce qui précède que le pronostic de cette affection est intimement lié à la rapidité ou à la lenteur apportée à la reconnaître ou à la combattre. Comme d'autre part, ainsi que je vous l'ai déjà dit avec quelque insistance, son évolution est souvent insidieuse, il est de la plus grande importance que nous soyons au courant des moindres signes permettant d'en soupçonner l'existence.

Je ne dois pas vous dissimuler qu'avant l'ouverture chirurgicale réclamée par le foyer extra-crânien et en dehors de son ouverture spontanée à travers la paroi crânienne, l'abcès extra-dural ne soit le plus souvent à peu près impossible à diagnostiquer avec quelque certitude. Ce n'est évidemment pas le degré variable de céphalalgie accompagnant son développement qui permettra même généralement de le soupçonner.

J'attacherais volontiers plus de valeur à la constatation d'un point de la surface crânienne nettement douloureux, à la pression, avec ou sans œdème concomitant, et siégeant au-delà des limites connues de la cavité péri-crânienne suppurante, par exemple, dans le cas particulier de l'oreille, en arrière de la mastoïde, ou au-dessus du niveau du conduit auditif. Nous avons eu récemment l'occasion d'apprécier l'importance de ce signe, chez un malade de la clinique, le jeune Fend..., qui présenta, pendant les deux jours qui précédèrent l'ouverture attico-mastoïdienne pratiquée chez lui pour une vieille otite réchauffée, une vive sensibilité à la pression de la surface crânienne, immédiatement au-dessus de l'articulation temporo-maxillaire. Or vous vous souvenez que l'opération nous fit découvrir chez lui un vaste abcès sous-dural qui commençait à se vider dans l'oreille moyenne à travers le tegmen nécrosé.

C'est donc là, tout au moins, un signe de présomption qui a son importance. Dans le cas d'otite aiguë, Grünert considère comme un autre signe de présomption la constatation du pneumocoque dans le pus de l'oreille, ce microbe ayant été invariablement rencontré par lui dans toutes les otites aiguës compliquées de collection extra-durale. Mais je ne saurais trop vous le dire : dans l'immense majorité des cas *c'est l'intervention chirurgicale réclamée par le foyer extra-crânien qui seule nous met à même de découvrir la collection sous-durale développée à son voisinage.*

Voici comment les choses se passent alors :

Ou bien, après avoir largement ouvert le fossé osseux, nous voyons, au cours même de l'opération, du pus s'échapper d'une anfractuosité de sa paroi profonde, et en agissant avec la curette sur ce point, nous découvrons un trajet fistuleux, conduisant sur la dure-mère décollée, ou bien cet écoulement de pus échappe à l'opérateur, au moment même de l'acte opératoire, mais il attire seulement son attention au premier changement de pansement ou à l'un des pansements ultérieurs.

Mais nous savons que, notamment en cas de suppuration aiguë, la collection extra-durale ne communique pas toujours avec le foyer osseux. On sera alors amené à la soupçonner par le fait de l'absence de la détente que l'on attendait de l'ouverture du foyer extra-crânien, puis à la découvrir, dans une seconde opération poussée jusqu'à la dure-mère, si l'on se conforme aux principes de chirurgie crânienne, que j'aurai plus d'une fois l'occasion d'énoncer encore devant vous, et consistant à passer d'une étape à la suivante, quand on voit les accidents généraux persister, et surtout s'aggraver à la suite d'une première intervention.

Je vous ai dit que dans la majorité des cas, l'abcès extra-dural communiquait avec le foyer extra-crânien, soit par une large perforation de la paroi os-

Digitized by Google

seuse, laissant la dure-mère dénudée, sur une grande surface, soit par un trajet fistuleux plus ou moins étroit. Cette circonstance facilite singulièrement la tâche de l'opérateur qui n'a, pour ainsi dire, qu'à se laisser guider par la lésion osseuse pour pénétrer, du premier foyer ouvert dans le second. L'os étant souvent nécrosé et friable au niveau de la fistule en question, la curette suffit généralement d'abord pour l'élargir et commencer à mettre à nu la région décollée de la face externe de la dure-mère : ensuite, on se servira avec avantage, soit de la gouge, soit plutôt d'une forte pince coupante. On ne craindra pas de pratiquer ainsi une large brèche permettant d'inspecter et de nettoyer toute l'étendue de la surface infectée de la dure-mère,

La désinfection de cette surface se fera soit avec une solution de sublimé, soit avec de l'eau oxygénée. Si elle se montre hérissée de fongosités, on pourra curetter celles-ci au moyen d'une curette maniée avec douceur, puis toucher la surface saignante avec une solution de chlorure de zinc.

Il me paraît indiqué ensuite d'appliquer un pansement humide qui sera renouvelé tous les jours. On assiste alors à une élimination rapide des sphacèles superficiels produits par le chlorure de zinc et l'on voit bientôt toute la surface du foyer granuler et la perte de substance osseuse se réparer.

La guérison peut être ainsi très rapidement obtenue. J'ai pu récemment chez mon jeune malade, auquel j'ai fait allusion plus haut et sur lequel j'avais, au cours d'un évidement pétro-mastoïdien, pratiqué l'évacuation d'un abcès sous-dural sus-jacent au tegmen; j'ai pu, dis-je, grâce à une bonne désinfection du foyer et à une large ouverture de la paroi postérieure du conduit auditif, fermer la plaie rétro auriculaire par première intention et opérer le drainage de la totalité du foyer au moyen de gaze humide introduite exclusivement par le conduit. Au bout d'un mois, la cicatrisation était presque complète.

Nous avons maintenant quelques cas particuliers à considérer.

Je vous ai djà parlé de la fréquence des abcès sous-duraux, d'origine otique, dans l'étage postérieur du crâne, au voisinage du sinus latéral. L'ouverture du foyer amène, dans ce cas, l'opérateur à découvrir ce tronc veineux qu'il trouve baignant au milieu du pus de l'abcès extradural. Alors même que la paroi du sinus se montre fongueuse, si la fièvre, qui ne manque guère d'accompagner les cas de ce genre, ne présente pas les grandes oscillations caractéristiques de la pyémie, on fera bien de se contenter provisoirement d'une simple désinfection qui restera, pour le moment, extra-veineuse et qui bien souvent suffira pour enrayer la marche des éléments septiques à travers la paroi du vaisseau; mais le malade devra être surveillé de très près, et l'on se tiendra prêt à franchir l'étape respectée jusque-là et à ouvrir le sinus, suivant la méthode que j'aurai à vous décrire ultérieurement, dans le cas où le tableau clinique viendrait à se dessiner dans le sens de la pyémie.

Enfin, il peut arriver que l'on soit amené à soupçonner l'existence d'un foyer intracrânien, à la suite d'une première intervention limitée au foyer extracrânien, en raison de l'absence d'une détente conférée par cette intervention, et sans que l'inspection de la paroi profonde du foyer ait permis d'y découvrir soit une dénudation de la dure-mère soit une fistule livrant passage à du pus : alors, tout en ayant la conviction qu'il existe un foyer plus profond, l'on ne peut préciser à l'avance s'il occupe la face externe de la dure-mère ou si l'infection a déjà franchi la barrière représentée par cette membrane. Le devoir qui s'impose dans ces circonstances, est évidemment de découvrir la dure-mère là où prédominent les lésions osseuses. Dans le cas particulier d'un foyer auriculaire, il sera sage de suivre le conseil de Bergmann, consistant à étendre la brèche osseuse jusqu'au-dessus du conduit auditif, de façon à pouvoir, en soulevant la dure-mère qui recouvre le bord supérieur du rocher, inspecter la face antérieure et la face postérieure de cet os, c'est-à-dire les étages moyen et postérieur du crâne et découvrir toute collection purulente qui occuperait l'un ou l'autre.

Cette collection une fois évacuée, et le foyer extra-dural bien désinfecté, on s'en tiendra là pour cette première séance. On ne serait effectivement autorisé à franchir la limite de la dure-mère et à passer à l'étape suivante, bien plus grave dans ses conséquences, que si, en présence de manifestations intercrâniennes alarmantes, l'on n'avait pas trouvé, entre l'os et la dure-mère, la collection présumée, ou si, cette collection une fois découverte et évacuée, les accidents ne montraient aucune atténuation.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Etat actuel de l'opothérapie ovarienne. — Le Dr P. Mossé vient de mettre au point cette grosse question dans sa thèse (*Toulouse*, juillet 99). Après avoir longuement exposé les faits connus sur le rôle des sécrétions internes en général et de celle de l'ovaire, en particulier, l'auteur étudie le rôle de l'opothérapie en clinique; et voici à quelles conclusions il arrive : Les ovaires doivent être administrés en nature ou sous forme de poudre, d'extraits fluides, de produits peptonisés ; ils doivent parvenir d'animaux en pleine activité sexuelle et récemment abattus. Cette médication est indiquée au moment de la ménopause physiologique, et peut faire sentir ses effets longtemps après la disparition des règles. Elle est utile dans l'aménorrhée et la dysmenorrhée idiopathique. Elle rappelle les règles variées, mais les provoque rarement chez les jeunes filles pubères et non encore réglées. Les résultats, contre la chlorose, ont été très inférieurs à ceux obtenus par le fer.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

De l'excrétion urinaire chez les éclamptiques

Par M. Paul Bar
Professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux

Pendant de longues années l'éclampsie puerpérale a été considérée comme une modalité convulsive de l'urémie. La constance de l'albuminurie et de lésions rénales faciles à constater au moment même des autopsies a longtemps fait croire que cette interprétation était définitive. Quand Jurgens eut attiré l'attention des anatomo-pathologistes sur la fréquence des lésions hépatiques chez les éclamptiques, on tendit de plus en plus à accepter que l'éclampsie était une toxhémie d'origine hépatique, mais on s'attachait en même temps à montrer que la présence des lésions du foie chez les éclamptiques ne devait pas faire oublier celles des reins.

Pour que l'éclampsie apparaisse, il faut que les reins ne puissent éliminer le poison accumulé dans l'organisme. La néphrite, avec l'arrêt qu'elle apporte a l'excrétion rénale, est un facteur nécessaire pour que les accès d'éclampsie éclatent. Telle est la conception à laquelle se rallie la généralité des accoucheurs. Je vous présente le résultat de recherches que j'ai faites dans le but de préciser quel est le fonctionnement des reins dans l'éclampsie puerpérale.

I

Il est de connaissance courante que chez les éclamptiques il y a, pendant les accès, une oligurie parfois extrême et même de l'anurie. Je pourrais vous présenter de nombreuses observations dans lesquelles il en fut ainsi.

J'en choisis une parmi les plus typique : celle d'une femme qui fut apportée en état de mal éclamptique dans mon service le 15 octobre 1894. Pendant les quatre jours que cette femme passa à la Maternité de Saint-Louis, la quantité moyenne d'urine excrétée par heure fut de 4 à 5 grammes au lieu de 80 grammes. L'urine émise était en trop faible quantité pour qu'on pût en faire une analyse complète et pour qu'on pût rechercher sa toxicité. Nous avons pu seulement reconnaître que sa contenance en urée était très minime (au maximum 3 gr. par litre pour la plupart des échantillons et parfois 1 gr, 50). Dans ce fait, l'arrêt de la fonction rénale est bien net. Mais en est-il toujours ainsi ?

J'ai observé un certain nombre de cas d'éclampsie dans lesquels l'excrétion urinaire est restée abondante, et même supérieure à la normale pendant les accès. Je puis, entre autres faits, citer le cas d'une femme B... qui fut apportée dans mon service en décembre 1894. Chez cette femme, qui eut pendant les cinq jours qu'elle resta à la Maternité sept accès et qui succomba, l'urine ne cessa d'être éliminée en quantité supérieure à la normale. Cette urine contenait une quantité d'urée assurément inférieure à la normale, mais non pas si minime pour qu'on pût tenir pour infime le fonctionnement rénal ; sa quantité fut constamment supérieure à 10 gr. par litre et, à un moment même, atteignit près de 17 gr. par litre.

Du reste, le fonctionnement rénal était encore démontré par la contenance de cette urine en toxines. La toxicité varia, en effet, de 45 cc. à 80 cc. par kilogramme de lapin.

J'ai observé un fait encore plus remarquable à ce point de vue.

Depuis deux ans j'ai, dans le but de diminuer chez les éclamptiques les causes d'intoxication, supprimé l'emploi de tous les médicaments (chloral, chloroforme, vératrine, opium, etc.). L'intestin étant lavé, une saignée étant faite, je soumets l'éclamptique à la diète hydrique et je lui fais prendre régulièrement, toutes les heures, de 150 à 200 gr. d'eau d'Evian. L'eau est fort bien supportée par ces malades ; la polyurie s'établit chez elles beaucoup plus tôt et est bien plus abondante que dans les cas où on a recours au régime lacté.

Or, voici ce que j'ai observé :

Une femme entre dans mon service le 23 avril 1899. Elle était en état de mal. La quantité d'urine était inférieure à la normale. Je soumets de suite cette femme à la diète hydrique. Six heures après le dernier accès, l'urine devient abondante et la polyurie est telle que, le 24 avril, la quantité d'urine émise atteint 2.090 gr. L'urine était non seulement abondante, mais contenait beaucoup d'urée ; le rapport azoturique était supérieur à la normale ; néanmoins, les accès d'éclampsie se reproduisaient, la femme entrait en agonie et succombait.

Ces faits ne démontrent-ils pas que des accès d'éclampsie mortels peuvent se produire chez des femmes dont l'excrétion urinaire, non seulement n'est nullement entravée, mais est encore supérieure à la normale ? Ils nous autorisent à conclure que la suspension et l'amoindrissement de la fonction rénale ne sont pas des facteurs nécessaires à l'éclosion des accès.

Digitized by Google

II

Néanmoins, l'oligurie existe dans la plupart des cas.

Il est intéressant de préciser comment elle apparaît, et de fixer la place qu'il convient de lui assigner dans l'ensemble symptomatique qui constitue l'éclampsie.

a) Comment cette oligurie apparaît elle ?

Il est souvent difficile de la constater méthodiquement. Habituellement, en effet, les éclamptiques sont apportées dans nos services quand elles sont en état de mal et nous n'avons que des renseignements vagues sur les variations de l'excrétion urinaire pendant les jours qui ont précédé les accès. Quand nous pouvons observer les malades pendant la période prééclamptique, il est commun de constater chez elles de l'oligurie ; en même temps, l'urine est foncée, chargée d'albumine. L'observation minutieuse des modifications de l'excrétion urinaire nous apprend que l'oligurie s'accentue dans les instants qui précèdent ou qui suivent immédiatement le premier accès. Mais, dans ces cas, les phénomènes morbides sont généralement si complexes qu'il est bien difficile de préciser la signification du trouble apporté à l'excrétion urinaire et de déterminer s'il est cause ou effet.

J'ai observé un certain nombre de faits dans lesquels j'ai pu suivre, comme aux cours d'expériences de laboratoire, l'apparition de l'oligurie.

Une femme M... entre dans mon service le 23 mai 1894. Elle a tous les signes prémonitoires des accès d'éclampsie : céphalée intense, amblyopie, etc. L'urine est rare : 200 gr. par vingt-quatre heures ; elle est toxique à 40 cc par kilogramme de lapin ; elle contient près de 20 gr. d'urée par litre et est chargée de 6 gr. d'albumine par litre.

Je soumets la malade au régime lacté : l'urine redevient abondante, peu toxique (150 cc par kilogr.), mais elle reste chargée d'albumine (4 gr. 25 par litre).

Le 29 mai la malade éliminait 1200 grammes d'une urine contenant, par litre, 13 gr. d'urée et 4 gr. d'albumine, mais cette urine qui, la veille, était peu toxique — 155 cc par kilogr. — devenait de suite plus toxique (40 cc par kilogr.). Or, le lendemain, la malade a un accès d'éclampsie ; ce jour là, la quantité d'urine baisse tout à coup (250 gr. pour les douze premières heures de la journée durant lesquelles il y a eu un accès, 350 gr. pour les douze heures suivantes) ; elle est toxique (70 cc par kilogr.) et, suivant les échantillons, contient de 15 à 17 gr. d'urée par litre). Dès le lendemain, les accidents disparaissent et les urines redeviennent abondantes.

Voilà un exemple de la soudaineté avec laquelle apparaît l'oligurie au moment du premier accès.

J'ai pu, chez un certain nombre de malades recueillir l'urine heure par heure dès le premier accès. J'ai constaté que, chez elles, il est commun de trouver, au moment où celui ci éclate, une urine abondante ; l'oligurie apparaît rapidement dans l'heure qui suit le premier accès. L'observation, en un mot, prouve que, s'il est des cas où dès la période prémonitoire, l'oligurie est déjà si marquée qu'il est difficile de suivre ses variations quand les accès apparaissent, il en est d'autres où l'urine est émise en quantité souvent à peine inférieure, parfois égale ou même supérieure à la normale au moment précis où éclate le premier accès. L'oligurie accompagne ou, pour être plus exact, suit immédiatement celui-ci.

b) L'oligurie, qui s'est produite ou qui s'est accentuée dès le premier accès, se maintient et s'accentue généralement pendant toute la durée de l'état de mal ; je n'insiste pas sur ce point.

c) Comment disparaît-elle ?

Il peut arriver qu'une oligurie voisine de l'anurie subsiste pendant de longues heures après que les accès ont cessé. La gravité du mal et peut être la multiplicité des poisons introduits dans l'organisme comme agents thérapeutiques sont la cause de cette oligurie qui peut persister jusqu'à la mort.

Généralement, l'urine redevient abondante de douze à vingt-quatre heures après la cessation des accès et on observe souvent une crise de polyurie très considérable qui atteint son acmé le quatrième jour. Cette crise de polyurie est habituellement, mais non toujours (voir plus haut), un signe de guérison.

L'examen histologique des reins nous permet de comprendre pourquoi il y a, chez les éclamptiques, tant de variantes dans les troubles apportés à l'excrétion urinaire.

Parfois, on ne trouve dans toutes les parties du rein qu'un épithélium entièrement détruit. On conçait qu'en pareil cas il y ait eu plus que de l'oligurie, une véritable anurie et que celle-ci ait été persistante. Mais ces faits ne sont pas les plus communs. Alors même que les reins paraissent très lésés au moment où on les examine sur la table d'autopsie, l'étude histologique montre que les lésions généralement récentes sont plus légères qu'elles ne semblaient l'être à un examen superficiel. Les capsules sont dilatées par des masses albumineuses, les tubes sont remplis par de l'albumine, mais l'épithélium tubulaire est peu chargé da graisse, les noyaux se colorent bien ; parfois même l'épithélium est si peu altéré que, sur des pièces recueillies dans de bonnes conditions, les cellules ont leur revêtement vibratile et ne se distinguent pas des cellules normales. Il y a seulement, dans de tels reins, de l'œdème. On conçoit aisément qu'avec des lésions aussi minimes, l'oligurie qui se produit au moment des accès puisse être légère et très passagère.

Digitized by Google

Mais pour juger du fonctionnement des reins, il importe moins de connaître la quantité d'urine émise que sa qualité. Or, que disent les faits à ce point de vue ?

Dans certains cas, l'urine ne contient qu'une quantité infime d'urée, sa contenance en sels est très faible.

Ces cas ne sont pas les plus communs. Le plus souvent, chez nos éclamptiques, l'urine, très dense, dont l'acidité est devenue subitement exagérée, dans laquelle le rapport azoturique s'est soudainement abaissé, contient une quantité d'urée supérieure à la normale. La quantité des sels est diminuée, mais dans une faible proportion. Cette urine, contrairement à ce qu'on admet, se montre généralement plus toxique qu'elle ne l'était pendant les jours précédents et qu'elle ne le sera pendant les jours qui suivront. Cet excès de toxicité subsiste alors même qu'on fait les corrections rendues nécessaires par l'augmentation de la densité de l'urine.

Ces faits disparates trouvent une explication facile si on a soin de rapprocher, dans chaque cas particulier, les particularités observées pendant la vie au point de vue de l'excrétion urinaire et les lésions trouvées à l'autopsie.

On dit volontiers que la diminution considérable de la quantité d'urée éliminée est la conséquence d'une destruction considérable du foie ; il y a un peu d'urée formée ; le rein en élimine un peu.

Cette interprétation est peut-être exacte pour un certain nombre de cas, mais j'ai lieu de croire, d'après les faits que j'ai observés, que ce n'est pas là le seul facteur de cette hypoazoturie considérable. Elle se présente généralement dans tous les cas où il y a eu une oligurie très marquée et très persistante, et où, à l'autopsie, on trouve des lésions épithéliales très marquées. Ces lésions, en rendant l'épithélium incapable de remplir son office, sont certainement un des facteurs les plus importants de cette hypoazoturie. Mais nous savons que les cas où il en est ainsi ne sont pas les plus communs.

Peu lésés dans leurs éléments nobles, les reins restent capables d'excréter. Ils le prouvent non seulement en laissant passer dans l'urine des substances qui, normalement, la constituent, mais encore celles qui, accidentellement, encombrent le sang et sur lesquelles l'épithélium exerce un pouvoir électif.

Ces substances sont nombreuses et l'inventaire en est mal fait. C'est l'indican, l'urobiline, c'est l'acétone, ce sont les pigments hématiques et biliaires, etc., etc. Il est intéressant de suivre, heure par heure, la façon dont se poursuit l'excrétion de ces diverses substances.

L'acétone, l'urobiline, l'indican peuvent exister dans l'urine avant les accès, mais le fait n'est pas constant.

Si ces corps faisaient défaut, on les voit apparaître soudainement dans l'urine peu de temps après le premier accès ; s'ils existaient dans l'urine, leur quantité augmente subitement à ce même moment. Il en est de même pour les pigments biliaires ou hematiques que l'on trouve dans l'urine des éclamptiques. Au moment où les accès éclatent, il n'y a pas ou fort peu de pigments anormaux. Soudain, ils apparaissent en quantité colossale et leur élimination se poursuit régulièrement ou avec des éclipses de longueur variable. Tout se passe comme si, au moment précis où se sont produits les premiers accès, on avait injecté dans le sang, non pas du bleu de méthylène, mais des pigments anormaux, une grande quantité d'urobiline, d'indican, etc., etc.

On ne peut se défendre de faire une pareille comparaison qnand on étudie la façon dont se produit l'excrétion de l'albumine chez les éclamptiques.

Il y a de nombreuses albumines dans l'urine des éclamptiques. J'ai montré qu'outre les peptones, on pouvait trouver dans l'urine cette albumine spéciale, dite acéto-soluble, qu'il convient sans doute de ranger entre les peptones et les albumines vraies. Si on suit les variations de ces diabètes albumineux chez nos éclamptiques, on constate vite que si la peptonurie et l'albuminurie (par albumine acéto-soluble) peuvent précéder les accès, elles s'accroissent dans des proportions énormes immédiatement après celui-ci. Il arrive même que la peptonurie et l'albuminurie (par albumine acéto-soluble) ne se produisent qu'à ce moment. L'interprétation qui s'impose à l'esprit est que, dans un temps très court, contemporain du premier accès, une certaine quantité de peptone, d'albumine acéto-soluble, non adéquate, pour ainsi dire, au sérum sanguin, a été jetée dans le sang et que les reins font leurs efforts pour l'éliminer.

Il est vraisemblable que les masses hyalines qu'on trouve dans les tubes urinifères n'ont pas d'autre origine, car il n'est pas rare de trouver dans les vaisseaux sanguins des reins traités par le Flemming, des amas de matière hyaline semblable à celle qui encombre les tubes des reins.

Mais de toutes les albumines qu'on trouve dans l'urine des éclamptiques, celle qui est généralement la plus abondante et la plus constante, est celle qu'on assimile à la sérine. Il est intéressant de suivre ces variations.

Je n'ai jamais observé de cas d'éclampsie où elle a fait défaut.

Dans la presque totalité des cas, sa présence dans l'urine est antérieure aux accès d'éclampsie, mais elle peut ne les précéder que de peu. Sur onze faits

Digitized by Google

dans lesquels j'ai pu suivre l'apparition de l'albuminerie, je l'ai vu apparaître une fois cinq jours, une fois sept jours avant le premier accès. Dans un cas observé à l'hôpital Saint-Antoine, l'urine ne contenait aucune trace d'albumine six heures avant le premier accès.

La quantité d'albumine contenue dans l'urine augmente habituellement dans de notables proportions pendant les quelques jours qui précèdent les accès. Mais cette augmentation, si grande soit elle, reste très inférieure à celle qu'on voit se produire quand ceux-ci ont éclaté. A ce moment, certains échantillons d'urine peuvent contenir plus de 100 grammes d'albumine par litre. Si on fait le calcul de l'albumine totale éliminée pendant cette période, on constate que la masse albumineuse est de beaucoup supérieure à celle éliminée pendant les jours précédents.

Cette poussée d'albumine, contémporaine des accès, s'atténue généralement vite, et il n'est pas rare de voir les femmes excréter quarante-huit heures après le dernier accès, une urine pauvre en albumine, et souvent, dès le cinquième ou sixième jour, l'albuminurie a cessé.

La rapidité avec laquelle l'albumine apparaît dans l'urine, la quantité considérable qui est soudainement excrétée, sa prompte disparition d'une part, le parallélisme qui existe, d'aure part, entre ces variations et celles qui marquent l'élimination par les reins des pigments, de l'urobiline, etc., tout nous donne à penser qu'il y a peut-être, dans cette albuminerie si intense, autre chose que le résultat de lésions d'un épithélium rénal devenu impuissant, de troubles mécaniques apportés à la circulation rénale, etc.

On en arrive ainsi à rechercher si cette albumine excrétée en si notables quantités est bien de la sérine semblable à celle du sang, ou si elle n'est pas une albumine pathologique jetée dans le sang et que les reins éliminent au même titre que les peptones, les pigments, l'urobiline, etc. Or, la chimie ne peut encore nous servir pour résoudre le problème. Les moyens détournés, tels que la cryoscopie, les injections intra veineuses pratiquées sur les animaux, ne nous rendent aucun service à ce point de vue. J'ai tenté de recourir au procédé au Chibret. Ce procédé qui m'a donné les indications les plus précieuses pour les urines non albumineuses, m'a fourni des renseignements moins certains quand il s'agissait d'urines aussi fortement albumineuses et aussi complexes que l'urine des éclamptiques. Je dois donc garder pour le moment une grande réserve sur cette question, dont la portée générale est évidente.

Mais je ne veux pas insister plus longuement sur ce point litigieux et ne veux tirer des faits que j'ai observés que les conclusions suivantes :

Les reins, sauf certaines exceptions que j'ai observées, conservent chez les éclamptiques leur pouvoir excréteur.

Ils le prouvent en éliminant une urine chargée des principes qui la constituent normalement et de substances anormales qui se trouvent momentanément dans le sang.

Il est vrai que l'excrétion urinaire présente, pour ainsi dire, des éclipses partielles plus ou moins longues, plus ou moins considérables, chez les éclamptiques, mais ces éclipses se produisent au moment même des accès, les accompagnant, les suivant même plutôt que les précédant.

Il semble peu logique d'admettre que la réduction ou la suspension de l'activité rénale jouent un rôle dans la production des actes, puisqu'il est des cas : où 1° elles ne se produisent qu'après le premier accès; 2° où les accidents convulsifs éclatent, alors qu'il y a de la polyurie.

Il est plus vraisemblable que les lésions rénales et les troubles de l'excrétion urinaire sont le résultat de la pénétration dans l'organisme du poison qui agit, d'autre part, sur les centres nerveux. Il y a là deux ordres de phénomènes qui évoluent parallèlement, et qui, nous le savons, ne s'accompagnent pas nécessairement.

III

S'il y a lieu d'incriminer un poison, d'où provient-il?

Les faits qui ont été accumulés pendant ces dernières années nous confirment dans l'opinion qu'il convient d'attribuer ici une grande importance aux lésions du foie.

Depuis les travaux de Jurgens et, en France, de Pilliet, on a attribué une juste importance aux hémorragies que présente le foie chez les éclamptiques. Ces hémorragies qui, pour la plupart, sont récentes et paraissent dater d'une époque contemporaine des premiers accès, sont certainement une cause puissante de désorganisation du foie. Cependant, et j'ai insisté à plusieurs reprises sur ce point, pour importantes que soient les hémorragies hépatiques chez les éclamptiques, leur présence ne constitue pas la caractéristique du foie éclamptique. Les lésions capitales, que je n'ai vu manquer dans aucun cas, sont les lésions cellulaires. Celles-ci se présentent sous des aspects variés. En certains points, elles apparaissent, déjà anciennes, sous la forme d'îlots dégénérés entourés d'une zone congestive plus ou moins marquée. Mais les lésions les plus importantes et les plus communes sont constituées par des taches brunâtres éparses dans tout le foie. Au niveau de ces taches, les cellules sont plus ou moins gravement altérées. Parfois elles sont détruites et réduites à l'état de débris protoplasmiques au milieu des

Digitized by Google

quels on reconnaît mal les noyaux en état de chromatolyse. Le plus souvent elles sont peu altérées; elles sont seulement plus grêles qu'à l'état normal, leur protoplasma se colore mal, tandis que le noyau ratatiné est fortement teinté.

La lésion dégénérative est minime en elle-même, mais elle tire sa gravité de son extrême diffusion et de ce qu'elle se produit dans tout le foie en un temps très court.

Ces lésions cellulaires, éparses dans la glande hépatique, sont, en effet, récentes, de même âge, et paraissent généralement dater du moment d'apparition des accès.

En somme, on trouve dans le foie deux ordres de lésions : les unes discrètes, relativement anciennes, qui se sont produites pendant la période prémonitoire des accès; les autres (hémorragies, dégénérescences, cellulaires), diffusées dans toute la glande, sont contemporaines des accès.

On ne sait presque rien de l'origine de ces lésions hépatiques.

Connaît-on mieux le lien qui unit ces phénomènes qui apparaissent simultanément et si vite : la lésion diffuse du foie, l'accès, la pénétration soudaine dans le sang de substances plus ou moins toxiques, le trouble de la fonction rénale?

Les cellules hépatiques, en se détruisant, mettent-*elles* en liberté des produits toxiques qui, pénétrant subitement dans le sang, agissent sur le système nerveux en provoquant des accès, et qui, arrivant dans les reins, s'éliminent en entravant par la grosseur ou la toxicité des molécules la filtration urinaire?

Le foie détruit, ne joue-t-il plus son rôle d'arrêt, et, la transformation des matières albuminoïdes introduites dans l'organisme étant incomplète, voit-on se former des substances toxiques qui s'élimineront mal par le rein? On ne sait rien de précis à cet égard.

La seule conclusion nette qui découle des faits que j'ai observés est que le trouble fonctionnel des reins est secondaire, et que le bon fonctionnement des reins ne met pas à l'abri d'accès mortels.

CLINIQUE MÉDICALE

Rectification historique sur les souffles cardiaques anorganiques. — Dernièrement, a paru une nouvelle leçon sur les souffles anorganiques de la pointe, souffles dont quelques auteurs font parfois un si singulier abus. Dans l'historique de cette question, on constate toujours l'omission du nom de Friedreich, qui a décrit ces souffles d'une façon presque irréprochable et auquel on a consacré seulement trois lignes dans un livre classique de clinique. Cependant, on peut lire dans le *Traité des maladies du cœur* de cet auteur, plus de trois pages consacrées d'abord au « bruit pulmonaire systolique et diastolique. » Quelques citations montreront la part prépondérante qui revient à Friedreich dans la découverte des bruits anorganiques signalés pour la première fois par Laënnec, comme on le sait. Friedreich dit d'abord que ces bruits « sont manifestement produits par les mouvements du cœur dans les parties du poumon normales ou modifiées pathologiquement qui les touchent. » Il ajoute qu'ils ont un caractère « soufflé et aspiré, très analogue au souffle vésiculaire normal », qu'ils ne « s'entendent que pendant l'inspiration et cessent dès qu'on fait suspendre la respiration. » Il dit encore que « la diminution systolique du diamètre transversal du cœur peut provoquer des aspirations d'air systoliques dans les parties du poumon qui touchent au cœur sur les côtés. » Les conditions de production de bruits de ce genre ne sont pas encore suffisamment éclaircis, dit-il, mais, ce qu'il y a de certain, c'est qu'ils surviennent tout aussi bien chez des gens bien portants que chez ceux qui sont atteints de maladies des poumons ». Enfin, Friedreich décrit encore : un bruit de compression de l'artère pulmonaire; un bruit sous-clavier, un bruit pulmonaire systolique et diastolique. Il rappelle, enfin, le « bruit de respiration pulsatile », de Thornburn, la « crépitation pulsiforme », de Richardson, le « souffle vésiculaire systolique », de Gerhardt.

Ces citations textuelles prouvent que Friedreich a bien connu et décrit les souffles anorganiques du cœur. Pourquoi son nom est-il le plus souvent passé sous silence?.... Il était donc intéressant et juste de lui rendre ce qui lui appartient, et de faire cette rectification historique. — H. H.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

De l'emploi de l'hypnal. — L'hypnal ou chloralantipyrine présente comme avantages de diminuer la causticité et la saveur des composants, d'augmenter leur activité médicamenteuse et enfin d'associer l'action analgésique de l'antipyrine à l'action hypnotique du chloral.

C'est un calmant excellent de l'insomnie d'origine cérébrale et surtout des insomnies douloureuses de la toux, du spasmodisme.

Il présente, mais d'une façon un peu atténuée, les inconvénients du chloral : abaissement de la pression artérielle, diminution du nombre et de l'énergie des contractions cardiaques. On l'emploie à la dose de 1 à 2 grammes. On peut le prescrire en potion de la façon suivante :

Hypnal.....	5	grammes
Eau distillée.....	30	—
Alcool à 90°.....	15	—
Sirop d'éc. d'oranges amères...	15	—
Sirop simple.....	40	—

Une cuillerée à soupe contient 1 gramme d'hypnal.

La spartéine associée à l'iodure de potassium dans les cardiopathies des artérioscléreux. — La digitale ayant pour

Digitized by Google

effet d'augmenter la tension artérielle, il ne convient pas de l'employer chez les sujets atteints d'une lésion valvulaire en même temps que d'artériosclérose généralisée. Aussi, en pareil cas, M. le Dr Carrieu (de Montpellier) conseille-t-il d'administrer la spartéine — qui, tout en stimulant le cœur, n'influence pas la pression artérielle — en l'associant à l'iodure de potassium, médicament par excellence de l'artériosclérose.

Voici la formule employée par M. le Dr Carrieu :

Iodure de potassium.....	0 gr. 50 à 1 gr.
Sulfate de spartéine.....	0 — 10
Julep gommeux.....	90 grammes
Sirop d'éc. d'oranges amères...	30 —

F. s. a. A prendre dans le courant de la journée.

(Nouv. Rem.)

Sirop de dentition :

Acide citrique.....	0 gr. 50
Eau distillée.....	0 — 50
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 — 05
Sirop de sucre.....	10 grammes
— de safran.....	10 —
Teinture de vanille.....	XII gouttes.

En frictions sur les gencives des jeunes enfants au moment de la dentition.

Poudre diaphorétique (M. Von Graffe) :

Camphre pulvérisé.....	0 gr. 02 à 0 gr. 10
Opium brut pulvérisé....	0 — 02 à 0 — 03
Azotate de potasse.....	0 — 20 à 0 — 30
Sucre.....	7 — 50

Mêlez pour un paquet à prendre dans une tasse de thé le soir au coucher. A. G.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La fièvre typhoïde et les sources de la craie. — M. Hanriot fait un rapport sur un travail de M. Thoinot. Dans ce mémoire, l'auteur, étudiant la valeur des eaux de source qui alimentent Paris et la part qu'on peut leur attribuer dans l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde, conclut que la Vanne a joué un très grand rôle dans la propagation de la maladie. Cette opinion est basée sur ce fait que la Vanne a été souillée à ses sources par le bacille d'Eberth. L'enquête de M. Thoinot a en effet révélé qu'une épidémie de fièvre typhoïde s'était produite dans un village situé à 12 kilomètres en amont de l'une de ces sources, et que, par filtration de produits septiques au travers le sol, la source avait pu être contaminée à son origine.

On sait en effet, depuis les études de M. Martel, que la craie n'est pas toujours un terrain compact faisant filtrer, mais qu'il peut s'y rencontrer des fissures où circulent de véritables ruisseaux souterrains. On conçoit que, dans ces conditions, la filtration par le sol n'existe pour ainsi dire plus, et que les microbes puissent être transportés à grande distance par ces rivières souterraines comme ils le seraient par des rivières à ciel ouvert. Il en est ainsi pour les sources de la Vanne, dont le cours souterrain reçoit par des affluents superficiels des eaux de pluie chargées d'impuretés organiques et bactériennes.

Ces faits montrent avec quel soin le choix et le captage des eaux d'alimentation doivent être faits.

Sur la mortalité et la désinfection — M. Landouzy émet le vœu que la tuberculose soit inscrite parmi les maladies à déclaration obligatoire, parce que la désinfection, qui en sera le corollaire, diminuera le nombre des germes, et par conséquent, celui des chances de transmission de cette maladie.

M. Vallin. L'isolement, la désinfection et l'immunisation par les vaccins concourent à combattre la diffusion des maladies transmissibles par les voies différentes. Ce n'est pas trop pour s'opposer à la marche de tels fléaux ; mais il ne faut pas plus exalter que déprécier l'un au profit et au détriment des autres. Il n'y a rien à gagner au point de vue de l'hygiène et de la médecine publique, à diminuer l'importance de la désinfection, qui constitue un puissant moyen de prophylaxie.

M. Lereboullet. La désinfection est possible dans certains cas de tuberculose pulmonaire à marche rapide ; mais comment sera-t-elle faite dans les cas de tuberculose chronique avec les déplacements incessants du malade ? Sera-t-il soumis pendant des mois et des années à la surveillance de la haute police sanitaire ? Ici, la sanction de la déclaration obligatoire est impossible. Mieux vaut laisser au médecin de famille le soin de prendre les mesures prophylactiques nécessaires, sans lui imposer une déclaration inutile et vexatoire dans beaucoup de cas.

M. Grancher. Certes la désinfection est une bonne mesure de prophylaxie à prendre contre les maladies contagieuses, mais il est impossible de mesurer son coefficient d'utilité. Très utile dans le cas de broncho-pneumonie morbilleuse, elle l'est moins contre la rougeole proprement dite, car nous ne croyons pas à la persistance ou à la reviviscence du germe de la rougeole. La seule chose que l'on puisse dire, pour expliquer sa diffusion, est la possibilité de sa transmission par une tierce personne saine. *(27 mars).*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

De la polyurie chez les cardiaques artério-scléreux. MM. Merklen et Ravaut. Dans l'intervalle des crises d'insuffisance cardiaque et d'asystolie, l'artério-scléreux est généralement polyurique mais reste plus ou moins hypoazoturique ; l'imperméabilité au bleu de méthylène persiste dans la plupart des cas. La cause de cette polyurie réside moins dans l'hypertension artérielle, que dans l'usage du lait, qui s'impose en raison de l'imperméabliité rénale ; c'est une polyurie lactée. Son degré paraît dépendre de dispositions organiques individuelles dont la plus importante est la pléthore créée par l'abus d'une alimentation trop riche et surtout des boissons alcooliques.

Digitized by Google

La polyurie des artério-scléreux est, en effet, variable. Elle oscille entre 2 et 3 litres, et peut atteindre 4 à 5 litres chez l'artério-scléreux pléthorique ; elle manque ou est minime chez l'artério-scléreux sénile. Les artério-scléreux grands polyuriques ont généralement de très gros cœurs, à la fois dilatés et hypertrophiés dans leur totalité. Cette cardiomégalie peut être d'origine organique; elle est plus souvent d'origine fonctionnelle, lentement préparée par la pléthore alcoolique et alimentaire, favorisée par le surmenage. On l'observe chez les gros mangeurs et plus encore chez les grands buveurs de vins et de bière.

Chez ces malades, l'insuffisance de la fonction cardio-rénale détermine des accidents dyspnéiques sérieux. L'emploi régulier du lait rétablit la compensation pour un temps souvent long en provoquant de la polyurie et de la polyurie; c'est donc le véritable médicament de l'imperméabilité rénale.

En résumé, la polyurie des artério scléreux est essentiellement une polyurie lactée, et c'est une polyurie nécessaire parce qu'elle perméabilise le rein, non seulement pour l'eau et l'urée, mais vraisemblablement pour les poisons organiques. Elle compense l'insuffisance rénale, qui, comme l'a dit M Huchard, est un symptôme précoce et presque constant de l'artério-sclérose, même en l'absence d'albuminurie.

Quelques modalités des perversions de la faim. — M. Mathieu. *La faim douloureuse* s'observe assez fréquemment chez les hyperchlorhydriques à la phase de la digestion, grâce à l'hyperacidité chlorhydrique du contenu de l'estomac à ce moment. En même temps que la faim, les malades éprouvent au creux épigastrique une sensation de tiraillement, de crampe, calmée par l'ingestion d'une petite quantité d'aliments, d'un peu de liquide ou de bicarbonate de soude.

Chez les névropathes, et surtout chez les neuro-arthritiques (Lasègue) la faim s'accompagne quelquefois aussi d'une sensation douloureuse sans hyperchlorhydrie, telle qu'ils attendent avec impatience les heures des repas.

Faim nauséeuse. — Chez certains sujets, la faim s'accompagne d'une sensation plus ou moins marquée de nausée. Il arrive même que la nausée l'emporte sur la faim, si bien que les malades méconnaissent complètement ce qu'ils ressentent ; ils ont mal au cœur, de la salivation; ils se demandent s'ils ne vont pas vomir, en réalité ils ont besoin de manger. Ce phénomène s'observe souvent vers 4 à 5 heures chez des jeunes femmes nerveuses, s'alimentant d'une façon insuffisante.

Faim anxieuse. — Elle se présente chez certains névropathes sous une forme angoissante ou anxieuse, la manière des besoins morbides et des impulsions en général; ce n'est plus un trouble d'ordre dyspeptique; c'est une crise de vésanie, dont la faim est le point de départ.

Acromégalie avec tumeur du corps pituitaire. — M. Ravaut rapporte une observation d'acromégalie ayant débuté il y a 9 ans chez une femme de 29 ans. Pendant les 10 derniers mois de la vie, se produisit un diabète intense (jusqu'à 1000 gr. de glycose par jour), qui détermina une terminaison rapide. A l'autopsie, outre les lésions du squelette, on trouva une tumeur du corps pituitaire, ayant toutes les apparences d'un sarcome.

De l'excrétion urinaire chez les éclamptiques. — M. Bar. (Voir cette communication page 217.) — *(23 mars.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Traitement des fractures des diaphyses. — M. Delorme. Aujourd'hui que la méthode radiographique précise et accuse la responsabilité des chirurgiens, il paraît indiqué de redonner au traitement des fractures la part d'attention et de soins assidus et variés qu'il nécessite.

Le traitement classique des fractures par l'immobilisation n'est pas passible de tous les reproches qu'on lui adresse : souvent ces reproches doivent atteindre le chirurgien.

Il semble bien préférable de rechercher l'immobilisation des fractures des diaphyses par les appareils amovo-inamovibles plutôt que par les appareils inamovibles. Les premiers permettent une surveillance plus attentive, l'application de moyens propres à corriger des déformations intercurrentes, ils contiennent mieux le membre. De ces appareils amovo-inamovibles l'un des plus avantageux paraît être l'appareil de zinc à valves entourant circulairement les segments musculaires, rétréci au niveau des articulations et présentant des dispositifs qui, dans les fractures avec grands déplacements, permettent l'extension. Il exerce une contention modérée et suffisante, permet de la compléter localement par des tampons d'ouate tassée qui s'opposent à des déplacements latéraux des fragments, enfin il facilite, simplifie, et rend inoffensive l'application des pansements dans les fractures compliquées.

La recherche de la forme n'est pas plus aujourd'hui qu'autrefois un but de minime importance, à dédaigner par le chirurgien, elle n'est pas incompatible avec le maintien de la fonction du membre fracturé. Une fracture bien coaptée guérit vite et mieux qu'une fracture mal coaptée. Si une constriction énergique et anémiante compromet la formation du cal, elle n'est pas nécessaire pour l'obtenir régulier. La recherche de la forme et de la longueur du membre doit être poursuivie chaque fois que la chose est possible.

Un traitement complémentaire insuffisant et trop tardif est la principale cause des résultats défavorables constatés à la suite du traitement des fractures des diaphyses.

Ce traitement complémentaire qui s'attache à atténuer l'amyotrophie et à maintenir la souplesse et la mobilité des articulations, peut être commencé bien avant la guérison de la fracture en cours de traitement. Il est complété après la consolidation et n'est pas incompatible avec l'immobilisation et la contention des fragments.

Digitized by Google

Il est facilité par l'emploi de l'appareil amovo-inamovible à valves.

C'est une faute trop souvent commise, parfois irréparable, que d'abandonner un fracturé à lui-même avant que le traitement complémentaire, en particulier le massage et l'électrisation, ait donné tout ce que ces moyens pouvaient fournir, avant que les articulations aient repris toute leur mobilité passive et active et, pour les fractures du membre inférieur, avant que la marche ait repris sa régularité.

L'usage des eaux thermales n'est qu'un traitement complémentaire de second ordre, un pis-aller auquel feraient bien de ne recourir que les chirurgiens trop occupés pour consacrer un long temps à leurs malades, que des praticiens expérimentés ; il peut être encore utile pour les malades nerveux et pusillanimes.

Emploi de la radiographie dans les fractures. — M. Loison. La radiographie appliquée au diagnostic et au traitement des fractures rend de grands services au chirurgien qui sait interpréter convenablement ses réponses. Mais elle ne peut se substituer à la chirurgie et ne fait que lui venir en aide, en tant que moyen complémentaire de diagnostic et de contrôle.

Pour en tirer tout le parti possible, il est bon d'être à la fois chirurgien et radiographe.

Si les blessés traités rationnellement et consciencieusement par un chirurgien vont ensuite s'adresser à n'importe quel radiographe qui opère sciemment ou par ignorance et leur montre des cals plus ou moins difformes, il n'y a qu'une réponse à faire : reprendre soi-même une ou plusieurs radiographies dans des conditions convenables et démontrer ainsi au malade qu'on l'a indignement exploité ou abusé, si c'est le cas.

Appendicite perforante, guérison. — M. Schwartz présente un jeune homme qu'il a soigné dans son service pour une péritonite généralisée consécutive à une appendicite perforante. 26 heures après le début des accidents le péritoine présentait déjà plusieurs collections purulentes. Malgré cela, la température axillaire était de 37°3 ; le pouls à 72 ; la péritonite ne se traduisait par aucun signe, si ce n'est l'hyperesthésie, la défense musculaire et la mollesse du pouls.

Ostéome de la fesse. — M. Schwartz présente un ostéome qu'il a extrait chez un malade de son service. La tumeur, implantée dans la fosse iliaque externe et fessière droite, s'était développée à la suite d'une chute, autour de fragments de verre. — (21 *mars*).

BIBLIOGRAPHIE

Manuel complet de gynécologie médicale et chirurgicale, par A. Lutaud (Nouvelle édition entièrement refondue, contenant la technique opératoire complète. Un volume in-8° de 730 pages et 607 fig. Paris, Maloine, éditeur).

Ce volume vient à point pour résumer les notions modernes que doit avoir le praticien sur la gynécologie. Il tient une place moyenne entre les simples mementos et les gros traités publiés pendant ces dernières années.

Mais, ce qui caractérise ce nouveau Manuel, c'est le soin apporté par l'auteur à la description de la technique, non-seulement des grandes opérations abdominales, mais des interventions plus modestes, abordables par tous les praticiens ; il s'est attaché à faire connaître les opérations accessibles à l'immense majorité des médecins.

Tout en conservant à la thérapeutique médicale non opératoire la place qu'elle mérite, M. Lutaud n'a pas négligé la technique des interventions les plus récentes et les plus audacieuses. Des chapitres intéressants sont consacrés à la grossesse extra-utérine et à son traitement chirurgical, au cancer utérin, aux suppurations annexielles, etc. ..

Ajoutons qu'un nombre considérable de figures rendent ce livre plus pratique encore en facilitant la compréhension des divers temps opératoires.

Cet ouvrage utile aux praticiens sera bien accueilli du public médical auquel nous le présentons avec assurance.

Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, par Simon Duplay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, publiées par les Drs Maurice Cazin et S. Clado, anciens chefs de clinique chirurgicale de la Faculté. Troisième série, 1 volume in-8° de 439 pages, avec figures dans le texte. (Masson et Cie éditeurs) : 8 fr.

Comme dans les deux précédentes séries, M. Duplay retrace dans ces leçons l'histoire de la maladie et la suit dans ses diverses modalités, dans son évolution clinique et anatomique, retenant tout ce qui peut servir à préciser le diagnostic et les indications thérapeutiques.

Indépendamment de la pratique courante, il étudie des questions actuellement débattues, sur lesquelles il apporte toute la clarté désirable, et celles qui ont trait à des cas intéressants par leur importance clinique, et négligés dans les traités de pathologie chirurgicale.

Les leçons contenues dans ce volume sont groupées sous les rubriques suivantes : Pathologie générale (2 leçons). Tête et cou (6 leçons). Thorax et abdomen (2 leçons), Organes génito-urinaires (6 leçons). Membre inférieur (7 leçons).

Ce livre très intéressant et très utile recevra certainement un accueil des plus favorable.

Quatrième session de l'Association française d'urologie (Paris 1899); *Procès-verbaux, mémoires et discussions*, publiés par le Dr Desnos, chez Doin, éditeur.

On trouve dans ce livre l'intéressant rapport de MM. Malherbe et Legueu sur les hématuries essentielles et un certain nombre de communications sur les diverses variétés d'hématuries ; hématuries de la grossesse, hématuries des goutteux, des hémophiles, hématuries au cours des néphrites et du rein mobile.

En outre, tous ceux qu'intéresse la pathologie des voies génito-urinaires, liront avec intérêt les communications relatives aux affections du rein, de l'uretère, de la vessie, de l'urètre, de la prostate.

Dr Lanaras. **Mémoire sur le choléra asiatique de 1894 à Samsoun** — (récompensé par l'Académie de médecine de Paris). Une brochure à l'imprimerie Martiros Siantz, à Tiflis.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Bourneville.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'Ulcération tuberculeuse de la langue

par le Dr H. MORESTIN, *chirurgien des Hôpitaux*

La tuberculose linguale, dont l'existence était à peine admise, il y a une trentaine d'années, est aujourd'hui une des maladies les plus complètement étudiées et les mieux connues de la cavité buccale, et en cela, son histoire ressemble à celle de beaucoup d'autres tuberculoses locales, dont on put créer rapidement la description, une fois acquises les notions générales sur la structure du tubercule, l'inoculabilité de la tuberculose, et enfin la découverte de son bacille.

Morgagni, Baumès, Bayle, Franck, Dugès, connaissaient les ulcérations qui se montrent parfois dans la cavité bucco-pharyngienne des phtisiques. Bayle surtout, décrit fort bien ces « aphtes des phtisiques ». Il les considérait avec raison comme un signe de mauvais augure, avant coureur d'une fin prochaine.

Mais ces notions demeuraient enfouies dans les livres de leurs auteurs, peu connus en somme de la majorité des médecins. Leur importance était, d'ailleurs, d'une assez médiocre utilité, puisque ces ulcérations prenaient simplement place dans le groupe des phénomènes terminaux d'une maladie de longue *durée*.

Personne ne songeait qu'une ulcération de ce genre pût se montrer à titre de manifestation primitive de la tuberculose, maladie d'ailleurs inconnue dans son essence à cette époque.

Les cas observés en dehors de l'état de cachexie, étaient confondus avec les autres ulcères de la bouche, et principalement avec les diverses manifestations de la syphilis.

Aussi, est-ce à l'hôpital du Midi que commença à s'ébaucher leur étude. Ricord connaissait les ulcérations tuberculeuses qu'il distinguait de la syphilis, mais le nom de phtisie buccale, par lequel il les désignait, laisse entendre qu'il n'avait eu affaire sciemment qu'à des formes étendues et graves.

Son élève Buzenet rapporte cependant dans sa thèse un cas où l'ulcération paraissait s'être montrée avant les lésions pulmonaires confirmées. Mais la nature tuberculeuse d'une pareille affection était bien loin d'être prouvée.

Julliard, en 1865, écrivit sur l'ulcération tuberculeuse de la langue, un mémoire remarquable. Il en donne une description presque parfaite, et en étudie avec beaucoup de soin les caractères.

Mais pour lui, on ne saurait invoquer ici un processus de tuberculose locale. Il ne s'agit pas d'une perte de substance créée par la fonte et la destruction de tubercules. Non, complètement assimilables aux ulcères du larynx et du pharynx, qui surviennent chez les tuberculeux, ces ulcérations linguales ne sont que l'expression d'une diathèse, un phénomène qui se produit à l'occasion de la tuberculose et sous son influence directe, sans pour cela qu'aucun tubercule ait besoin de se développer dans l'organe malade.

Ces idées peuvent, aujourd'hui, paraître un peu singulières, mais il faut se reporter au temps où elles ont été produites. La science de cette époque ne permettait guère d'autres conclusions à cet excellent mémoire.

Ainsi, en parlant d'ulcération tuberculeuse de langue, on voulait dire, en réalité, ulcère des tuberculeux.

Il ne pouvait se montrer qu'après lésion préalable des poumons. C'était une manifestation toujours consécutive.

Aussi, quand Trélat, en 1868, eut l'occasion d'observer à Saint-Louis, un malade, chez lequel la maladie avait débuté par la langue, sans qu'il y eût en apparence au moins, rien du côté des poumons, il songea à tout, excepté à la tuberculose. Il l'examina minutieusement et « demeura coi. » — C'est sa propre expression.

Il le montra à Hardy, qui hésita entre un cancer et une lésion syphilitique. Le malheureux eut beau jurer avec un grand accent de vérité, qu'il n'avait jamais eu la vérole, dont il ne présentait, d'ailleurs, aucune trace, on le mit au traitement spécifique. L'insuccès de cette médication dissipa ce soupçon, sans apporter aucun éclaircissement sur la nature de la lésion. Trélat quitta St Louis pour la Pitié. Son malade vint l'y retrouver et son cas parut de plus en plus obscur. Broca, appelé à donner son avis, déclara qu'il s'agissait d'une glossite bizarre et conseilla la cautérisation au fer rouge. Cette opération fut pratiquée et apporta quelque soulagement. Mais l'opéré succomba quelques jours après, dans des conditions qui augmentèrent encore les perplexités du chirurgien.

L'autopsie montra qu'une phtisie galopante était la cause de cette mort rapide sans que la nature de la lésion linguale parut pour cela élucidée. Des fragments de cette langue furent confiés à Liouville, qui en fit l'examen histologique. Il trouva au microscope des granulations caractéristiques et conclut à la tuberculose. Mais cette constatation était tellement inattendue que Trélat voulut en avoir la confirmation de Vulpian, qui, à son tour, déclara qu'il n'y avait point de doute sur la nature de la maladie. Trélat, enfin, éclairé, écrivit alors sur l'ulcération tuberculeuse de la langue, un mémoire qui fait date, où il établissait : 1° que l'ulcération peut être primi-

Digitized by Google

tive; 2° qu'elle est produite, dans certains cas, tout au moins par la fonte de véritables tubercules; 3° qu'on en pouvait faire le diagnostic.

Ce mémoire ne passa pas inaperçu, mais ses conclusions ne furent pas si facilement admises, qu'on n'élevât des doutes sur les observations qui vinrent par la suite. Ainsi quand Feréol lut à la Société Médicale des hôpitaux, l'observation d'un cas type, comme on en peut juger d'après les moulages qui sont conservés au musée de l'hôpital St-Louis, son diagnostic ne fut pas admis sans conteste.

Le malade étant mort, Feréol, désireux d'entraîner la conviction de ses collègues, revient sur ce sujet, apportant à l'appui de son dire, les préparations de Ranvier et Thaon, et trouva encore cependant des incrédules.

Depuis, les temps ont marché. Chacun a vu plus ou moins de lésions de ce genre. L'examen clinique, d'ailleurs, facilement contrôlé dans les cas obsurs, par la recherche du bacille, permet de faire assez aisément le diagnostic, et d'une manière générale, on accepterait sans doute la formule de Théophile Anger, qui, autrefois, parut excessive : « Il suffit d'avoir vu une ulcération tuberculeuse, ou seulement d'en avoir lu la description pour éviter une erreur qui n'est possible que dans les livres ».

Si l'on songe que l'auteur avait en vue le diagnostic de cette lésion d'avec le cancer de la langue, qui fait l'objet de sa thèse, on reconnaîtra qu'il n'avait que trop raison, car, à aucune période et à aucun degré, les deux affections ne se ressemblent. Mais l'aphorisme était un peu trop général. Il était surtout prématuré.

Une foule d'excellents travaux ont vulgarisé les notions péniblement acquises; je citerai surtout une leçon de Reclus que j'ai eu la bonne fortune d'écouter à l'Hôtel-Dieu, aux premiers débuts de ma médecine, et à laquelle je me suis toujours reporté, quand il m'a fallu renouveler mes souvenirs au sujet de la tuberculose linguale.

Le diagnostic est fait d'une manière si courante et les cas apportent maintenant si peu d'éléments nouveaux, qu'on ne les publie plus guère, à moins qu'ils n'aient présenté quelque particularité spéciale. Aussi la pénurie des publications récentes n'est qu'une apparence et prouve simplement qu'aucun élément nouveau ne vient modifier dans son ensemble la doctrine actuelle, à laquelle on apporte seulement des notions de détails.

Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'observer dans divers services un certain nombre de ces ulcérations linguales, et en particulier deux cas récents que j'ai pu suivre et opérer pour mon compte, l'un à Necker, l'autre a Saint-Louis.

Le progrès accompli dans l'étude microscopique des lésions de la tuberculose et l'étude du parasite qui en est la cause première, ont permis de saisir les relations qui existent entre ces ulcérations et d'autres lésions considérées comme absolument distinctes, le lupus et les abcès froids, ou les gommes tuberculeuses de la langue. Quand Fano et Gosselin observèrent les premiers abcès froids de la langue, ils ne songèrent point à voir là une maladie très voisine des ulcères tuberculeux. Ce rapprochement paraît aujourd'hui tout naturel. Mais quelles que soient les analogies qui existent entre ces dernières formes et l'ulcération tuberculeuse, et quel que soit l'intérêt de ce rapprochement, au point de vue de la pathologie générale, je les laisserai de côté, pour me limiter exclusivement à l'étude de la dernière.

Etiologie. — Pour que le bacille de la tuberculose puisse se développer en un point quelconque de l'organisme, il faut, en général, une prédisposition de l'individu. Nous sommes tellement entourés de causes de contagion, que si l'on ne tenait compte de cette question de terrain, il serait impossible d'expliquer que la maladie frappe les uns et épargne les autres dans le même milieu. — En ce qui concerne les lésions tuberculeuses de la langue, nous savons déjà, par tout ce qui précède, qu'elles sont d'autant plus communes que le sujet est plus cachectique.

Même quand la lésion paraît primitive, il suffit d'examiner un peu ces malades pour voir qu'ils sont déjà touchés par le mal. Ils sont pâles et de mauvaise mine. Leur état général a faibli depuis quelque temps, et il est rare que l'auscultation ne nous révèle point quelque indice de lésion pulmonaire. C'est dire en somme que la lésion sera le plus souvent secondaire, en réalité.

A cet égard, il y a une petite nuance entre les cas que l'on observe dans les services de médecine et ceux qui arrivent dans nos salles de chirurgie. Ce sont surtout ces derniers qui prennent les apparences d'une lésion primitive et locale; les autres se montrent chez des malades dont la lésion pulmonaire est prédominante et attire presque exclusivement l'attention.

Dans la majorité des cas, on peut admettre que la tuberculose de la muqueuse linguale, reconnaît pour cause une infection par les crachats. C'est sans doute une des raisons qui font cette lésion rare chez les enfants qui ne crachent point. Elle est rare aussi chez les vieillards, mais surtout, parce que la tuberculose est rare elle-même chez les gens âgés, presque tous ceux qui présentaient quelque aptitude à la contracter ayant succombé dans la jeunesse, ou n'ayant pas dépassé l'âge mûr.

Les femmes sont atteintes dans une proportion moins élevée que les hommes, et cela surtout parce

Digitized by Google

que ces derniers out à l'ordinaire un moindre souci de l'hygiène buccale.

Toutes les causes d'irritation des muqueuses créent, en effet, des points faibles, où se développent plus aisément les colonies bacillaires.

Ainsi, une dentition mauvaise, l'usage du tabac constituent des circonstances adjuvantes. Parfois, c'est à la faveur d'une petite plaie, d'une éraillure, d'une continuité quelconque que se fait l'inoculation.

Evidemment, la contagion ne reconnaît pas un mode univoque, dans certains cas, c'est par le sang que le bacille est amené dans la muqueuse buccale; l'air, les aliments, les corps étrangers introduits à chaque instant, dans la bouche, peuvent l'y déposer. Les causes d'infection sont très variées, et si la maladie n'est pas plus commune, c'est que le tégument muqueux de la cavité buccale se défend très énergiquement contre cette invasion.

La malade de Féréol avait confessé que peu de temps avant le début de sa maladie, il s'était livré à des manœuvres de succion vulvaire. Féréol se demanda s'il n'aurait pas contracté de cette manière l'affection dont il était atteint, et émit cette hypothèse à la Société médicale des hôpitaux. Je ne sais si elle obtint alors quelque crédit, mais elle n'a ne fit point fortune. Et, en effet, si l'on songe à la rareté de la tuberculose des organes génitaux accessibles de la femme, on reconnaîtra qu'il est difficile d'y puiser le germe de cette maladie.

Anatomie pathologique. — Les lésions ont d'habitude peu de tendance à gagner en profondeur : leur extension se fait surtout en surface. Sur une coupe de l'ulcère on trouve la muqueuse presque toujours détruite dans toute son épaisseur. Ce processus de destruction s'effectue par le ramollissement et l'élimination de tubercules développés dans l'épaisseur du chorion ou des papilles. Au voisinage de l'ulcération on trouve des follicules tuberculeux soit dans la muqueuse, soit dans les interstices des fibres musculaires. Le fond même de l'ulcère est formé par une couche de cellules embryonnaires où l'on ne retrouve plus avec netteté les follicules. La surface libre est couverte par une couche fibrineuse contenant des leucocytes en assez grande quantité.

Les bacilles sont rares à la superficie, pour les trouver il faut chercher dans la profondeur au-dessous et au pourtour de l'ulcération. D'ailleurs, leur abondance varie considérablement d'un cas à l'autre. Dans certaines formes, les lésions offrent avec une grande netteté les caractères de tubercules, sans additions de lésions inflammatoires. Dans d'autres, il s'est produit une surinfection par microbes vulgaires, et une énorme prolifération embryonnaire comble tous les interstices qui séparent les follicules et infiltrent toute la région. Cet état constitue une sorte de complication, se traduisant en clinique par une poussée aiguë et douloureuse.

(Voir au sujet de ces lésions Auché et Carrière, Soc. anat. et phys. de Bordeaux, 1897, et Jolly, *Soc. anat.* 1898).

L'ulcération s'agrandit sans cesse par formation de nouveaux tubercules à sa périphérie.

Les petits abcès qui résultent de leur ramollissement se vident dans la cavité buccale, laissant de minuscules ulcérations qui se réunissent à la perte de substance principale par destruction des languettes intermédiaires.

Signes. — Ce processus est d'ailleurs facile à suivre par la simple observation sur le vivant. Il est assez rare de voir la maladie à son premier début.

Le dépôt des premiers tubercules se fait sans doute avec lenteur, mais une fois la muqueuse détruite en un point, les choses marchent avec rapidité et l'on est surpris de trouver parfois dès le premier examen des lésions étendues, alors que le début, apparent tout au moins, remonte à peu de jours. Quoi qu'il en soit, l'ulcération constituée présente une physionomie particulière et assez caractéristique.

En général unique, et de dimensions extrêmement variables, elle occupe le plus souvent la pointe ou les bords de la langue. Mais on peut en rencontrer deux, ou trois, ou même davantage, elles peuvent coïncider avec d'autres lésions du même genre développées au niveau de l'isthme du gosier, du pharynx, des joues.

Parfois très petites, on les voit chez d'autres sujets détruire la plus grande partie de la muqueuse linguale ou envahir le plancher de la bouche.

Ces caractères tirés du nombre et de l'étendue sont très secondaires.

Il n'en va pas de même des signes fournis par l'examen des bords, du fond et du pourtour de l'ulcération elle-même. Même quand celle-ci présente une forme générale arrondie ou ovalaire, ses bords sont irréguliers, sinueux, dentelés, frangés, dichequetés. On retrouve presque constamment cette disposition à des degrés divers, parfois elle ne peut être saisie que par une étude minutieuse. Ailleurs elle est extrêmement accusée, et c'est alors que suivant la comparaison de Reclus, on retrouve là quelque chose qui rappelle l'aspect sur les cartes géographiques des fiords norwégiens ou des côtes écossaises. En outre, ces bords sont habituellement décollés, mais ici encore il y a de notables variations, suivant les cas et suivant le point considéré. La disposition n'est pas uniforme sur le contour de l'ulcère. Il arrive que la muqueuse soit creusée par dessous au point que le bord soit flottant. Ailleurs, sans être positivement décollé, le

Digitized by Google

bord surplombe le fond de l'ulcération. Dans un autre endroit il tombe à pic.

Les lésions sont inégalement réparties, et le processus de destruction soumis à cette répartition et à d'autres circonstances crée d'infinies variétés. Mais cette irrégularité même constitue un caractère essentiel de la lésion.

Le fond n'est pas moins caractéristique. Sur ce fond légèrement creusé dans son ensemble et présentant une teinte d'un blanc jaunâtre ou grisâtre, on voit des fissures, des dépressions en rigoles séparant des portions en saillies, formant des crêtes, des pointes, de petits mamelons irréguliers. Il est *raviné*, selon l'expression de Reclus. On peut encore le comparer à ces plans en relief qui représentent les massifs montagneux.

Mais il ne faut pas s'attendre à rencontrer d'une manière constante ce caractère très accidenté. Chez beaucoup de sujets on ne trouve qu'une ou deux petites fissurations. Mais cela suffit. Les points ou saillies présentent quelquefois une teinte rosée qui tranche sur le fond jaunâtre.

Par contre, on y distingue parfois des taches d'un blanc plus cru ou d'un jaune plus intense, et qui sont en rapport avec de petits tubercules développés dans leur épaisseur. On peut en toucher la surface sans la faire saigner, ce qui arrive si facilement quand on examine les néoplasmes.

Au pourtour de l'ulcération, la muqueuse linguale demeure souple, l'organe est peu ou pas augmenté de volume et conserve sa mobilité. Une bordure d'un rouge plus accentué que celui de la muqueuse normale, mais rarement très intense, environne la perte de substance. Sur ce fond rouge se détachent habituellement de petites taches arrondies d'un jaune pâle ou d'un jaune doré, grosses comme des têtes d'épingle. C'est ce qu'on appelle souvent les *points jaunes de Trélat*. Trélat a montré en effet toute l'importance pour le diagnostic de ce signe — connu pourtant avant lui.

Au cours de la maladie, ces points jaunes ne manquent jamais, et si l'on suit le malade pendant une assez longue période on les voit tôt ou tard apparaître. Mais l'existence de chacun de ces points est très éphémère, ils se détruisent au bout de peu de jours.

Entre leur disparition et le moment où d'autres deviendront visibles, il y a parfois un intervalle assez long.

Si l'examen a lieu dans cette période on ne trouvera donc aucune trace de points jaunes. Quand on les observe, le diagnostic est fait. C'est un signe pathognomonique. De leur absence on ne peut rien conclure, le signe est constant mais discontinu.

L'éruption de ces petites taches, qui sont simplement des tubercules superficiels peut être confluente. Féréol compare le semis des points jaunes sur la langue de son malade à une sorte de voie lactée. Une pareille abondance est exceptionnelle.

Au contraire, il y en a généralement très peu, parfois un seul, souvent trois ou quatre irrégulièrement groupés. Ils indiquent naturellement le sens dans lequel l'ulcération tend surtout à s'agrandir. Ces points jaunes sont plus ou moins teintés et plus ou moins visibles, selon la place qu'ils occupent dans l'épaisseur de la muqueuse. Quelques-uns sont couverts seulement de l'épithélium aminci. Ils transparaissent avec une grande netteté comme à travers une légère couche de vernis.

Au palper, la langue paraît souple, sauf le cas de poussée inflammatoire. On ne sent ni tumeur ni induration.

Les ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques de la langue, c'est-à-dire ceux de la région sous-maxillaire et de la région carotidienne subissent naturellement le contre-coup des lésions développées dans leur territoire. Mais le plus ordinairement ils sont faiblement touchés; leur augmentation de volume est insignifiante, et leur exploration reste négative. Il y a là un tel contraste avec ce qu'on note fréquemment dans d'autres lésions buccales, que l'absence d'adénopathie est considérée comme un des symptômes de la tuberculose de cette cavité. Cette remarque n'est pas sans valeur, mais sa portée est néanmoins restreinte, car il n'est pas rare de voir ces ganglions devenir nettement tuberculeux, s'hypertrophier, se ramollir et suppurer. On se trouve alors en présence d'un signe positif qui vient au contraire apporter un sérieux appoint au diagnostic.

Je n'ai encore rien dit des troubles fonctionnels. Ils manquaient complètement chez mes deux récents malades, dont l'élocution et la mastication n'étaient point troublées, et qui ne souffraient point. Cette indolence absolue n'est pas rare, surtout dans la période de début, et principalement quand la lésion siège à la partie antérieure.

M. Ginestous a publié récemment une observation pour signaler l'absence de douleurs notée chez son malade. En réalité elles manquent assez fréquemment au début. Mais tôt ou tard les douleurs surviennent, quand l'ulcération envahit le plancher de la bouche ou la base de la langue, quand il se fait une infection secondaire et partant une poussée inflammatoire, ou même en dehors de ces conditions. Les souffrances sont atroces chez quelques malades, et très vives chez la plupart. Elles sont réveillées par les mouvements de la langue, rendent la mastication impossible, la déglutition très pénible. La parole est aussi fort gênée, quand la lésion est étendue.

Digitized by Google

Les douleurs se montrent aussi spontanément et prennent toutes les formes, lancinements, sensation de brûlure cuisante, battements, irradiations à distance, et en particulier douleurs de l'oreille. La salivation est excessive dans ces formes étendues ou douloureuses et constitue à elle seule une cause de déperdition et de dénutrition.

Même quand la lésion n'est pas très considérable, on peut noter chez ces malades un état général médiocre ou franchement mauvais, qui est lié le plus souvent à la tuberculisation d'autres organes.

Mais il faut remarquer que la présence dans la bouche d'une ulcération suppurante contribue pour une part considérable à empoisonner l'organisme, les produits sécrétés à la surface de cet ulcère étant entraînés par la salive et en majeure partie absorbés après déglutition.

Aussi cette tuberculose compte-t-elle parmi les plus fâcheuses. Elle avait surtout un mauvais renom autrefois. Les premiers observateurs avaient été influencés défavorablement à ce sujet — et cela se conçoit, car il faut des cas graves pour ouvrir les yeux et forcer à découvrir une maladie — et pour eux le pronostic était détestable. On est un peu revenu de cette opinion, mais le pronostic n'est jamais bon. Sans doute il y a des formes qui ne demandent qu'à guérir, et guérissent en effet soit par des médications simples, soit par des excisions pratiquées par le chirurgien. Mais ces malades n'ont point d'avenir, ils sont gravement tarés. Leur guérison, quand elle survient, est précaire, et la plupart succombent à la tuberculose pulmonaire. Abandonnée à elle-même, la lésion buccale tend sans cesse à progresser, avec rapidité ou avec lenteur, mais sans rémission spontanée, du moins presque toujours. Il ne faut point compter sur les exceptions à cette règle habituelle. On ne saurait donc trop se hâter d'instituer, quand cela est possible, un traitement énergique aussitôt la lésion reconnue.

Diagnostic. — Ce que nous avons dit plus haut laisse entendre que dans la plupart des cas on pourra sans trop de peine établir le diagnostic. Quand l'ulcération présente son aspect typique, il faut pour la méconnaître une grande expérience, ou une obnubilation passagère de la mémoire. Comme le dit Reclus, on peut renoncer ici à la méthode du diagnostic par exclusion, attendu que la lésion a ses signes propres. L'auscultation des poumons, la découverte d'autres foyers de tuberculose et les antécédents viennent, d'ailleurs, presque toujours, apporter la conviction que l'individu est un bacillaire. Ces investigations fournissent encore les données du pronostic, car, plus encore que la lésion linguale, elles indiquent dans quelle mesure on peut conserver de l'espoir.

Quand les poumons sont profondément atteints, ce qui est un cas fréquent, on peut être sûr que le malade succombera quoi qu'on fasse.

Quelle affection de la langue pourrait être confondue avec une ulcération de la langue présentant tous ses caractères ou seulement quelques-uns. On est surpris, en relisant le mémoire de Julliard, de lui voir passer en revue, à propos du diagnostic, presque toute la pathologie buccale, mais il faut se reporter au temps où cette œuvre fut écrite. Aujourd'hui il n'y a plus lieu de tant discuter. Les épithéliomas sont des *tumeurs* ulcérées et reposent sur un noyau dur. La perte de substance est entourée d'un bourrelet ferme; leur ulcération, profondément creusée, sphacélique et d'odeur infecte, est caractéristique. Des différentes formes de la syphilis tertiaire, les unes ont pour caractère essentiel la sclérose, les autres la production de tumeurs gommeuses; aucune ne ressemble à la tuberculose. Les gommes ulcérées avec leur contour nettement tracé, taillé à l'emporte-pièce, leur eschare jaune, leur contour violacé en diffèrent profondément.

Certaines ulcérations dentaires pourraient plus facilement entraîner un doute, car une dent cariée ou déviée peut servir de cause d'appel et favoriser le développement de la colonie bacillaire. Ces ulcérations dentaires ont d'abord un siège constant, elles occupent les portions de la langue qui entrent en contact avec les dents, elles présentent un aspect nettement inflammatoire quand elles sont récentes, et quand elles sont invétérés s'accompagnent d'une sclérose qui les ferait plutôt prendre pour des tumeurs. Elles guérissent après l'ablation de la dent suspecte. L'état général n'est point compromis.

Les chancres infectants de la langue (on sait que le chancre mou est inconnu dans la cavité buccale), ne sont pas rares, mais combien différents de l'ulcère tuberculeux. Les éléments de ce diagnostic sont fournis par leur forme arrondie, leur couleur chair musculaire, l'absence d'ulcération proprement dite, et l'induration sur laquelle ils reposent.

Mais la symptomatologie de l'ulcère tuberculeux peut être fruste, ou même un peu anormale. Il peut se greffer sur une autre lésion, sa physionomie est susceptible d'être modifiée par un traitement ou par une complication. On ne restera pas pour cela bien longtemps dans le doute. D'abord, la marche de la maladie suffirait à elle seule à éclairer très complètement à cet égard. On peut acquérir plus rapidement une certitude en pratiquant un examen microscopique. Un petit fragment prélevé à la curette sur le fond ou l'un des bords, permettra la recherche des follicules tuberculeux et des bacilles. Il faut être prévenu, toutefois, que cette recherche est assez délicate, que les bacilles sont souvent peu nombreux, et

Digitized by Google

que pour les trouver, il ne faut pas se contenter d'examiner la couche superficielle où ils sont particulièrement rares. Si, malgré tout, il se présente parfois telle circonstance où l'on reste embarrassé, il faut convenir que c'est là chose fort exceptionnelle. Dans l'immense majorité des cas, le diagnostic ne présente réellement aucune difficulté sérieuse.

Il faut savoir que des ulcérations simples causées par l'action de microbes vulgaires, peuvent survenir chez des tuberculeux cachectiques. L'existence de ces fait intéressants et exceptionnels paraît démontrée par une observation de M. Claude (Soc. Biol. 1896).

Traitement. — Dans un cas limité, même chez un sujet nettement tuberculeux, mais non phtisique, on peut espérer une guérison locale, tout au moins, en supprimant la lésion linguale.

C'est un grand service à rendre au malade. Mais, pour obtenir ce résultat, il faut se garder des demi-mesures. Les applications topiques sont d'une action trop lente et les caustiques chimiques sont déplorables. Ils sont douloureux, et aggravent la maladie, dont ils accélèrent la marche, loin de produire un effet utile, car ils ne peuvent atteindre au delà des lésions, et déterminent une réaction inflammatoire vive.

On pourrait obtenir mieux du cautère actuel, dont le maniement est rendu actuellement si facile et si précis à l'aide du thermo ou du galvanocautère. Mais il faut réserver l'emploi de ces instruments pour les ulcérations qui occupent la base de la langue, ou envahissent le plancher buccal, et dont l'accès est malaisé. La cautérisation énergique de ces surfaces sera faite à la faveur de l'anesthésie générale ou locale. Contrairement à ce qui se passe pour les caustiques chimiques, les douleurs ne persistent point, on limite à son gré la cautérisation; celle-ci est suivie de l'élimination de très légères eschares, les suites en sont simples et l'effet bienfaisant. La guérison survient parfois, le soulagement toujours.

Quand la lésion occupe la pointe ou les bords de la langue, et il en est ainsi le plus souvent, il est bon de renoncer à ces procédés qui sentent l'ancienne chirurgie. On interviendra sans crainte. L'extirpation au bistouri, suivie de réunion immédiate est devenue la règle usuelle. On peut, dans certains cas, se contenter de l'infiltration cocaïnique. En peu de jours, l'opéré est remis de cette intervention très bénigne et très simple.

Que l'ulcération soit très étendue, qu'elle coïncide avec d'autres lésions, du larynx, ou du pharynx, et que l'état général soit franchement mauvais, laissant de côté tout espoir de guérir son malade, on s'occupera exclusivement de soulager ses souffrances. On renoncera donc à toute mesure violente, à toute thérapeutique agressive, pour se borner à des soins tout palliatifs. Les lavages antiseptiques seront indispensables, mais pour qu'ils ne soient point douloureux, il faut des antiseptiques très faibles. L'application de topiques directement sur les surfaces ulcérées peut rendre quelques services. Il est bon d'incorporer ces topiques, calmants ou légèrement antiseptiques, à un véhicule tel que la vaseline ou l'huile de ricin. Ces corps forment une couche protectrice, une sorte de pansement, qui met l'ulcération un peu à l'abri des irritations.

A cette période, en effet, les malades souffrent et beaucoup.

Pour calmer ces vives douleurs, la cocaïne est encore une bien précieuse ressource. La lésion, ici, est accessible et superficielle, l'anesthésie locale est, par conséquent, souveraine, et l'application d'un tampon imbibé d'une solution de cocaïne, ou de tout autre analgésique, endort rapidement l'atroce souffrance.

Si l'on n'obtient pas encore le résultat cherché, la morphine reste comme une suprême ressource pour aider ces pauvres êtres perdus et si misérables à finir leur temps d'épreuve.

Consultation Thérapeutique

Traitement de la cystite tuberculeuse

Exposé clinique. — L'envahissement de la muqueuse vésicale par le bacille de Koch est un fait fréquent; il détermine une série de symptômes dont l'ensemble seul est caractéristique. Il y a deux modes de début bien distincts : tantôt la cystite apparait d'une manière tout à fait spontanée, en apparence tout au moins, sans que rien vienne en expliquer le développement, tantôt elle se développe au cours d'une urétrite blennorragique, devenue chronique dont la résistance au traitement doit toujours éveiller les soupçons. La succession du bacille du Koch au gonocoque ne se fait pas immédiatement, mais c'est à la faveur des infections secondaires de la blennorragie que ce bacille fait invasion.

La période de début est sensiblement différente de la période d'état. Tout d'abord il s'agit de phénomènes congestifs, parmi lesquels la fréquence tient le premier rang : besoins impérieux jour et nuit, peu douloureux à ce moment, mais parfois si fréquents qu'on peut croire à une incontinence. Dans certaines formes apparait de très bonne heure l'hématurie qui accompagne les poussées congestives et est comparable aux hémoptysies prémonitoires des phtisiques. Le sang se montre avec les dernières gouttes, ou bien donne simplement une teinte rosée aux urines; mais il n'est jamais très abondant. On doit bien se rappeler que ces hématuries sont spontanées et ne sont pas provoquées par les mouvements comme celles des calculeux. A cela, il faut ajouter dans quelques cas une gêne plus ou moins pénible de la miction, avec irradiations aux régions périnéale et scrotale, symptômes qui d'ailleurs appartiennent surtout à la prostatite concomitante. Le diagnostic est souvent difficile à cette période; l'existence d'une hématurie peu abondante, avec

Digitized by Google

des stries sanglantes post-mictionnelles, des urines rosées, est capitale ; elle doit mettre sur la voie et rendre le chirurgien très sobre d'explorations avec un instrument métallique, auxquelles on voit trop souvent soumis ces malades sous prétexte qu'ils doivent être calculeux.

A la période d'état trois symptômes sont constants : la douleur à la fin des mictions, la fréquence et le pus dans les urines. La douleur, précoce, apparaît parfois en même temps que la fréquence; elle est ordinairement un peu plus tardive ; elle est variable, mais presque toujours vive et se prolonge longtemps après la miction, de sorte que chez certains malades, dont les mictions sont très rapprochées, les souffrances ne cessent pas, deviennent atroces dans ces cas qui sont heureusement les plus rares ; dans les formes communes, la prolongation n'est que de quelques minutes, l'intervalle entre deux mictions peut atteindre une heure.

Le pus est assez abondant dans l'urine ; on le rencontre au début de la miction accumulé dans la prostate et entraîné par l'urine, ou bien à la fin, lorsque la vessie expulse le contenu de son bas-fond où le pus s'accumule également ; il est souvent mélangé de sang.

Un spasme urétral accompagne souvent ces symptômes ; une rétention complète est plus rare ; la rétention incomplète est au contraire fréquente et constitue une complication, car elle favorise le développement des agents infectieux.

Pour établir le diagnostic on se basera sur l'ensemble des symptômes précédents, mais on ne recourra au cathétérisme qu'avec beaucoup de prudence et le plus rarement possible. Le contact d'un instrument peut activer la marche de l'affection et donne peu de renseignements. Par contre l'examen rectal est très important, car la cystite tuberculeuse est rarement isolée; presque toujours on rencontre les vésicules séminales et la prostate augmentées de volume bosselées et douloureuses au toucher, la constatation de ces signes a la plus grande importance pour la détermination de la nature de la cystite. Quant à la recherche du bacille de Koch dans les sédiments de l'urine, elle s'impose, mais le résultat négatif d'un ou de plusieurs examens ne permet pas de conclure à l'absence de la tuberculose.

Des variétés cliniques nombreuses existent, mais comme à plusieurs d'entre elles correspond une variante dans ce traitement, nous les indiquerons en parlant de ce dernier, pour éviter les redites.

Traitement. — Le traitement général, applicable à toutes les tuberculoses, tient ici la première place. C'est ainsi que l'on mettra le malade dans les conditions de milieu propices aux tuberculeux en général, habitation ou séjour très prolongé à la campagne, dans les montagnes de préférence ; éviter le bord de la mer dans les cas d'excitation vésicale, nourriture substantielle et suralimentation si possible, pas d'excès ni de fatigue. Le traitement médicamenteux vient en seconde ligne ; la créosote est le médicament de choix, à haute dose ; à l'estomac qui permet rarement de donner des doses suffisantes, on préfèrera la voie hypodermique (injections d'une mixture à 10 0/0 de créosote dans de l'huile stérilisée), ou mieux encore la voie rectale ; on donnera tous les jours, s'il est possible, un lavement de 100 grammes de liquide additionné d'un jaune d'œuf et de 1 à 3 grammes de créosote. A l'intérieur on se trouvera bien des phosphates et glycéro-phosphates des préparations arsenicales ; enfin on insistera sur les toniques et sur les préparations de quinquina, de kola, etc., autant que possible sous une forme non alcoolique.

Le traitement hydro-minéral reconnaît certaines indications ; mais on devra éviter les eaux de lavage faiblement minéralisées qui n'agissent que par la grande quantité de liquide ingéré et fatiguent la vessie par des mictions trop nombreuses ; les stations telles que la Bourboule, Salies de-Béarn, Biarritz ou les eaux sulfureuses des Pyrénées sont bonnes à des titres divers.

Dans la plupart des cas, la douleur exige une thérapeutique spéciale. En dehors des médications topiques de la vessie dont nous allons parler, les calmants administrés par la voie rectale sont très efficaces ; des suppositoires contenant de 1 à 3 centigrammes de belladone, de cocaïne, d'extrait thébaïque, atténuent la douleur ; on se trouvera bien surtout du lavement suivant :

Antipyrine.....	150 centigr.
Laudanum Sydenham.....	XII gouttes.
Décoction de guimauve.....	100

A introduire après évacuation du rectum et à garder.

Enfin l'injection hypodermique de morphine doit être réservée pour les formes très douloureuses.

Les applications locales périphériques peuvent donner un léger soulagement ; tels sont les cataplasmes ou plutôt les compresses imbibées de décoction de guimauve ou de sureau recouvertes d'un imperméable et appliquées sur l'hypogastre ou le périnée ; les bains de siège ou plutôt les bains généraux. Enfin les formes congestives peuvent trouver une amélioration dans l'application de révulsifs, teinture d'iode, pulvérisations, chlorure de méthyle ou d'éthyle, et surtout de pointes de feu sur l'hypogastre plutôt qu'au périnée.

Rien n'est plus délicat à décider que l'opportunité d'une intervention intra-vésicale, susceptible, suivant les formes, d'améliorer ou d'aggraver la maladie. Il est, en effet, des cystites tuberculeuses, et elles sont nombreuses, auxquelles il ne faut pas toucher ; ce sont les formes excitables, érétiques, congestives, celles dans lesquelles les hématuries sont abondantes ou qui saignent au moindre contact d'un instrument ; dans ces cas un cathétérisme risquerait de dénuder la muqueuse, d'y déterminer une poussée inflammatoire et d'accélérer le développement de la tuberculose. Il faut donc se contenter ici des moyens généraux que j'ai énumérés, de palliatifs, ou bien tenter une cystotomie dont j'aurai bientôt à dire quelques mots.

Nous établirons les mêmes réserves pour les circonstances opposées, c'est-à-dire en présence d'une excitation vésicale intense alors qu'on ne trouve que peu de leucocytes dans l'urine, dans la forme de début par con-

Digitized by Google

séquent. Une intervention intempestive hâterait les progrès de l'affection.

Ce sont donc les formes moyennes, les tuberculoses parvenues à la période d'état, mais dont les symptômes ne sont pas trop intenses, qui se trouveront bien de manœuvres intravésicales. Les lavages de la vessie, avec ou sans sonde, sont presque toujours contre indiqués parce qu'il s'adressent à une vessie excitée, contractile, très intolérante de la distension ; la conséquence du mouvement d'expansion et de la contraction déterminée par le lavage est un redoublement de la congestion. Toutefois des lavages urétro-vésicaux, peu copieux, faits avec du liquide aseptique ou faiblement antiseptique peuvent provoquer un certain soulagement. L'acide lactique à 1 0/0, le formol à 1/500, le permanganate de potasse à 1/4000 ont été conseillés ; nous croyons qu'on fera mieux de s'en tenir à la solution boriquée à 4 0/0 ou mieux à l'eau soigneusement stérilisée.

Par contre, on emploiera avec avantage la solution concentrée sous forme d'instillations sur le col vésical et dans la région prostatique. Certaines substances sont à rejeter, celles, par exemple qui produisent une nécrose de la muqueuse et une ulcération en mettant à nu le tubercule ; ce sont le chlorure de zinc, le sulfate de cuivre et surtout le nitrate d'argent. Les solutions d'encaïne, de cocaïne, de morphine produisent un soulagement éphémère et peu appréciable. A notre avis, les meilleurs modificateurs de la muqueuse sont l'acide lactique, le sublimé et l'acide picrique. Les applications d'acide lactique 10 0/0 sont douloureuses, mais cette sensation est diminuée par l'addition de lactate de cocaïne. Le sublimé est plus efficace ; on commencera par une solution à 1/5000 dont on élèvera progressivement le titre jusqu'à 1/1000 ; ces agents doivent être réservés aux lésions assez avancées qui s'accompagnent de suppurations, mais sont cependant peu excitables. Le topique qui convient à la majorité des cas est l'acide picrique en solution à 1/100 ; on en dépose dans la vessie vide et dans l'urètre prostatique 2 centimètres cubes environ qu'on abandonne, on renouvelle ces instillations tous les 2 jours. La réaction est très faible et surtout peu prolongée : très rapidement on voit s'amender les divers symptômes, douleurs, permaturie, fréquence.

Lorsqu'il y a rétention incomplète, c'est-à-dire lorsqu'une sonde introduite aussitôt après une miction livre encore passage à une certaine quantité d'urine, et lorsqu'on s'est assuré par des sondages répétés que c'est là un état habituel et permanent, le cathétérisme évacuateur s'impose ; on le pratique avec toutes les précautions antiseptiques et il sera bon, après les premiers sondages tout au moins, d'abandonner dans la vessie une petite quantité (10 à 15 gramues) d'un liquide antiseptique ; la solution boriquée n'a aucune action ; le protargol à 4/1000 est meilleur, mais il vaut mieux recourir à une solution gommeuse stérilisée contenant 5 0/0 d'iodoforme en suspension. Nous préférons encore la mixture suivante (Collin) :

Gaïacol	5 gr.
Iodoforme pulvérisé	1 gr.
Huile d'olive stérilisée	100 gr.

qui a une action modificatrice très marquée et jouit de propriétés antiseptiques. Il est indiqué de l'employer également dans les formes douloureuses même en l'absence de rétention.

L'orthoforme en suspension dans un liquide mucilagineux, nous a paru inférieur.

Quand la maladie continue à évoluer malgré l'emploi des moyens précédents, et que les douleurs persistent ou augmentent, une intervention chirurgicale peut être indiquée. Elle est surtout dirigée contre les douleurs ; elle consiste en une cystotomie et vise un double but : la vessie une fois ouverte, on en pratique l'exploration et si l'on constate une tuberculose bien limitée, on s'attaque à la production tuberculeuse par l'excision, le raclage et la cautérisation ; mais il faut qu'une opération de ce genre soit bien complète, car une intervention qui ne remplit pas cette condition risque de déterminer une poussée aiguë et une extension de la tuberculose. La cystotomie devient le plus souvent une cystostomie, c'est-à-dire qu'on laisse la vessie ouverte pendant un temps plus ou moins long, pendant lequel les parois vésicales ne se contractant plus, cessent de se congestionner, permettent aux douleurs de s'atténuer et très souvent marquent un temps d'arrêt dans l'évolution de la tuberculose. — E. Desnos.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Contre les hémorrhoïdes :

1° Suppositoires

Chrysarobine	0 gr. 08
Iodoforme	0 — 02
Extrait de belladone	0 — 01
Beurre de cacao	1 gramme

2 à 3 par jour.

2° Pommade

Chrysarobine	0 gr. 80
Iodoforme	0 — 30
Extrait de belladone	0 — 60
Vaseline	35 grammes

(Riforma medica.)

Contre la toux convulsive :

Résorcine	2 grammes
Antipyrine	1 —
Teinture d'opium	III gouttes
— de belladone	VIII —
Sirop de codéine	10 grammes
— de bourgeons de sapin	20 —
Eau	80 —

Une cuillerée à café toutes les 2 heures chez les enfants.

A. G.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement des ulcérations mercurielles de la bouche et du pharynx. — Nous avons déjà parlé de ce traitement, d'après le Dr Lanz (voir *Journal des Praticiens*, 1899, n° 26) et, à ce propos, nous rappelions que M. Kobner fait remarquer que, dans le traitement de ces ulcérations, ce n'est pas la composition d'un caustique quelconque qui le fait échouer, mais uniquement la salivation réflexe exagérée et permanente que provoquent toutes les ulcérations de la muqueuse (*Ann. Dermatol.* décembre 1899). Aussi, il conseille de diminuer cette secrétion avant de pratiquer la cautérisation, car l'abondance de la sécrétion salivaire détache trop rapidement les escarres produites par les caustiques. Donc, avant d'employer le nitrate d'argent ou le chlorure de zinc, il est bon d'administrer XX gouttes d'une solution à 2 0/0 d'extrait de belladone à renouveler 2 ou 3 heures plus tard. Chez les malades qui salivaient très abondamment et qui, à cause de la profession, devaient parler beaucoup pendant le jour, Kobner faisait la cautérisation le soir, et pour empêcher que l'escarre ne se détachât pendant la mastication, il ne faisait la cautérisation qu'après le souper. Il donne alors, avant la cautérisation, XXV à XXX gouttes de la préparation suivante :

Extrait de belladone	0 gr. 30
Eau d'amandes amères	5 grammes
Eau distillée.....	10 —

et peu après XV à XX gouttes du même melange, à renouveler le lendemain, si c'est nécessaire.

Il faut cesser l'administration du médicament s'il y a des signes d'intolérance. Dans les cas d'ulcérations très sensibles, on peut faire des attouchements à la cocaïne.

Comme gargarisme, la formule suivante donne d'excellents résultats :

Tanin	5 grammes
Glycérine.....	10 —
Alcool de menthe poivrée....	5 —
Eau distillée	80 —
Saccharine	0 gr. 15 à 0 gr. 25

Mettre 5 grammes pour un verre d'eau. — M. D.

CHIRURGIE

Des plaies par usure occasionnées par les meules. — Les plaies par usure s'observent avec une assez grande fréquence dans la pratique de la chirurgie industrielle. Comme le fait remarquer le Dr Guillois *(Th. Paris 98)*, elles doivent prendre une place spéciale dans la classification générale des plaies.

Les meuleurs sont particulièrement exposés à ces plaies par usure ; elles peuvent être produites par deux sortes de meules : par les meules en grès, dites pierres meulières qui servent soit à polir la matière, à l'ébarbure des gros travaux de forge, soit à l'affutage des outils; les meules à émeri destinees au polissage des pièces de fer non ajustées; ces dernières sont les plus dangereuses.

Ces plaies présentent quelques caractères particuliers : elles sont extrêmement douloureuses, leurs bords sont nets, elles sont entourées d'une tuméfaction considérable, la lymphe s'écoule abondamment.

On peut en observer différentes variétés qui présentent des symptômes qui les différencient des autres plaies.

Le pronostic ne diffère guère de celui des autres plaies, il est généralement bénin. Le traitement consiste à désinfecter la plaie au moyen de solutions antiseptiques et d'un brossage au savon, si c'est nécessaire. On devra enlever les poussières, les corps étrangers métalliques incrustés sous les téguments; si l'on a quelques difficultés, on donnera des bains antiseptiques chauds et prolongés. Puis la plaie sera recouverte d'un pansement humide, qu'on remplace au bout de quelques jours par un pansement sec à la gaze stérilisée ou iodoformée.

Ces plaies pourraient être évitées par un agencement particulier des instruments de travail. — J. H. M.

De l'actinomycose humaine pendant ces deux dernières années (1898-1900).— Depuis le début de l'année 1898, MM. A. Poncet et L. Bérard (Ac. de Méd.) ont réuni à nouveau, d'assez nombreux documents, relatifs à l'actinomycose humaine.

A l'étranger, l'histoire de l'actinomycose humaine a été continuée, surtout à propos des formes graves, ou des localisations rares.

En France, la connaissance de l'actinomycose n'est pas encore aussi généralisée ; moins peut-être parce qu'elle y est peu commune, que parce que les médecins ne veulent pas s'astreindre à élucider l'origine de tous les cas d'inflammation chronique, à allure suspecte, qu'ils rencontrent.

On se croit en général dispensé de toute nouvelle recherche, lorsque, à un premier examen des fongosités on des parois d'abcès et de trajets fistuleux chroniques, on n'a pas décelé de grains jaunes. Or il est exceptionnel que de telles conditions d'examen donnent un résultat positif ; d'abord, parce que les grains jaunes ne se trouvent guère, en abondance, que dans les collections récentes ou encore vierges de toute exposition à l'air, et aussi, parce que non seulement ces grains, mais toutes les autres formes du parasite (mycélium incurvé, ramifié, sporulé) disparaissent d'ordinaire, des lésions, dès qu'elles sont modifiées par des infections secondaires. Le champignon colonise alors

Digitized by Google

plus profondément et on le découvrirait sans doute, si l'on explorait l'épaisseur même des parois des fistules, ou les zones cellulleuses infiltrées au voisinage, quand il n'existe déjà plus sur les tissus superficiels en désagrégation. Mais il faut savoir que, dans ces zones d'infiltration, les massues caractéristiques du grain jaune peuvent faire défaut, et que la forme mycélienne du parasite, qui seule subsiste, demande, pour être reconnue, un examen microscopique approfondi.

Les caractères séméiologiques généraux de l'affection, sont : l'aspect hybride, à la fois inflammatoire et néoplasique des lésions, leur évolution torpide, capricieuse, avec cicatrisation d'anciennes fistules, au voisinage immédiat de foyers récents, ou en voie d'extension.

A la face et au cou en particulier, on est frappé de l'empâtement diffus, en général très douloureux, avec trismus, précoce, serré, dès que les plans musculaires superficiels sont envahis ; et de l'absence de tout engorgement ganglionnaire, malgré l'existence de plusieurs trajets ou collections ulcérés.

Quand ces caractères se trouvent réunis, même après une recherche infructueuse du parasite, le diagnostic d'actinomycose est probable. Il doit être, non rejeté de suite, comme on a trop de tendance à le faire, mais simplement réservé, jusqu'à ce que de nouveaux examens microscopiques, plusieurs fois répétés, l'aient confirmé ou démontré incertain.

Poncet et Bérard, rapportent un certain nombre d'observations communiquées par différents auteurs et qui montrent que même pour les cas évoluant chez des citadins la contagion par les végétaux semblent encore la plus commune.

C'est par le tube digestif, bouche, pharynx, intestin, que la plupart des sujets se sont infectés, sauf les cas d'inoculation directe de MM. Reboul, Pantaloni, Poncet.

Dans un fait de M. Nélaton, ce point n'a pas pu être élucidé. Le début de l'affection par un épanchement pleural gauche, avec infiltration lombaire consécutive, ne permet pas de se prononcer plutôt en faveur d'une infection par inhalation, que d'une infection par voie œsophagienne.

L'évolution de la maladie fut constamment subaiguë ou chronique (de 3 mois à 6 ans), avec des poussées inflammatoires successives, déterminant la production d'abcès en série. Souvent ces foyers évoluèrent d'abord comme des phlegmons chroniques d'origine dentaire, ne contenant que des fongosités ou du pus banal, alors que cependant déjà, l'évolution clinique appelait le diagnostic d'actinomycose, par le trismus très douloureux, par l'empâtement induré sans engorgement ganglionaire perceptible, par la pluralité des fistules, etc. Ce ne fut parfois qu'au bout de plusieurs mois, après l'évacuation de foyers multiples, suivie plusieurs fois de recherches infructueuses des grains jaunes, que l'on arriva à découvrir le parasite.

L'observation de M. Nélaton est des plus caractéristiques. De septembre 1896 à juillet 1896, M. Nélaton surveille de près une malade, chez laquelle il a ouvert une collection lombaire, avec placard cutané, violacé et induré, avec géodes multiples et foyers en taupinière. L'aspect si étrange des lésions lui fait affirmer cliniquement l'actinomycose, qu'à deux reprises il fait rechercher en vain par M. Gastou. Dans cet intervalle de dix mois, il est amené à débrider ou à cureter fréquemment les trajets anciens, sans arriver à contrôler son diagnostic par la constatation directe des grains jaunes. La malade rentre chez elle, améliorée quoique conservant un trajet fistuleux lombaire. Elle reprend ses occupations, et en 1899 seulement, à la suite d'une poussée grave, avec apparition dans un des seins d'une tuméfaction, d'abord indurée, puis ramollie et fluctuante, le docteur Charmoy, de Courtenay (Loiret), constate dans le pus de ce foyer, une quantité de grains jaunes d'actinomycose.

Certaines de ces lésions réclament, pour être identifiées, un sens clinique encore plus avisé : telles les lésions viscérales profondes, avant toute évacuation à l'extérieur.

Sur 15 cas dont les suites éloignées sont connues on note :

5 morts, 2 récidives, 8 guérisons temporaires.

Dans les 5 morts, rentrent : 4 localisations cervico-faciales, 1 localisation péricæcale.

Les récidives ont été observées dans une localisation périmaxillaire, et dans le fait de M. Nélaton, où des lésions pleuro-lombaires se propagèrent à la glande mammaire.

Mais il est à remarquer que certaines des guérisons n'ont été suivies que pendant quelques mois, et que les malades demandent encore à être surveillés.

Le seul pronostic général à dégager est le caractère de gravité des lésions viscérales profondes, dès qu'elles ont diffusé largement dans les parties molles voisines, et aussi l'incurabilité presque constante des lésions péritemporo-maxillaires, lorsqu'elles ont infiltré les muscles de l'articulation et la fosse zygomatique. L'envahissement des organes encéphaliques par la base du crâne est surtout alors à redouter.

Cette proportion effrayante des morts (5 sur 15) ne doit pas être rapportée à une insuffisance involontaire du traitement.

Sauf un cas d'actinomycose cæcale, qui ne fut reconnu qu'*in extremis*, les autres avaient été soumis, méthodiquement et pendant longtemps, au traitement mixte, chirurgical et ioduré.

Les interventions chirurgicales allèrent du simple curetage, avec injections iodées ou phéniquées, jusqu'à l'ablation large des parties molles envahies, au grattage et à la résection des points osseux suspects. Les doses d'iodure de potassium administrées furent portées

Digitized by Google

progressivement de 0,50 à 6, 8 et même 12 grammes par jour.

Parmi les cas guéris, un seul fut soumis exclusivement au traitement interne ioduré (Pantaloni). Pour les sept autres, une large part fut faite au traitement chirurgical, et l'iodure fut administré pendant, et longtemps après ce traitement.

La valeur exacte de l'iodure, comme prétendu spécifique, ou comme simple adjuvant n'est pas bien établie ; néanmoins on doit toujours le prescrire, mais ne jamais se porter garant de son efficacité, car les résultats qu'il donne sont des plus variables. Il en est de même de l'essence d'eucalyptus, qui a donné récemment (1899) un succès à Butler dans un cas d'actinomycose des voies respiratoires.

La couclusion à retenir de ces nouvelles observations, est la nécessité d'un diagnostic précoce, si l'on veut avoir quelque prise sur les lésions du champignon rayonné. Mieux vaut pécher par excès que par défaut du zèle dans la recherche de cette affection. Une collection péridentaire banale n'en guérira pas moins, si elle est soigneusement curetée, cautérisée et soumise à l'iodure, que si l'on se contente de l'inciser ; et par contre, une actinomycose faciale méconnue, abandonnée à elle-même après une simple évacuation toujours insuffisante, risquera, quand on la reconnaîtra enfin, d'être au-dessus des ressources thérapeutiques. Le grain jaune est sans doute le critérium du *diagnostic*, mais l'observation des symptômes cliniques doit précéder et déterminer sa recherche, car c'est elle le plus souvent qui a conduit à sa constatation, et c'est à elle que doit revenir la part prépondérante dans le diagnostic.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical de l'hydrocèle vaginale. — Le traitement de choix de l'hydrocèle vaginale doit être chirurgical ; car la ponction, suivie ou non d'une injection modificatrice, est un procédé aveugle, dirigé uniquement contre le symptôme épanchement ; et, en outre, elle ne permet pas de se rendre un compte exact de l'état des organes sous-jacents. Le traitement chirurgical se propose de remplir les deux indications suivantes : faire disparaître l'accumulation de liquide contenu dans la vaginale et ensuite en empêcher le retour. Notre ami le docteur Houdé, dans une thèse des plus intéressantes (Carré et Naud, 1900) a bien mis au point cette question de pratique si importante.

Divers procédés chirurgicaux ont été préconisés ; nous les étudierons successivement d'après Houdé.

1° L'incision antiseptique simple de Volkmann, modifiée par Rœrsch et Storp, consiste en ceci : le malade chloroformé et préalablement rasé, on fait une incision de 10 à 12 centimètres, et l'hémostase une fois assurée, on ouvre la vaginale et on pratique un grand lavage avec une solution phéniquée au 3/100e ; puis on draine et on fait un pansement à la gaze phéniquée ou iodoformée.

La méthode de Volkmann qui a sur la ponction simple l'avantage de pouvoir révéler la cause de l'hydrocèle et de permettre l'ablation des corps étrangers contenus dans la vaginale est loin d'être parfaite. D'abord le malade est soumis au chloroforme ; ensuite le lavage phéniqué ne produit pas toujours une irritation suffisante pour entraîner le bourgeonnement et l'adossement des feuillets ; enfin le drainage peut empêcher l'adhérence des séreuses pariétale et viscérale, d'où persistance d'une cavité et récidive possible.

2° L'incision avec résection partielle de la vaginale fut recommandée par Julliard pour prévenir la récidive dans les grosses hydrocèles, avec vaginale distendue et épaissie. Sans recourir au chloroforme, et après s'être entouré des précautions antiseptiques ordinaires, il pratique une grande incision sur le scrotum, couche par couche ; l'hémorrhagie produite par les vaisseaux lésés est arrêtée par la torsion des artères. La vaginale est alors incisée, minutieusement inspectée et débarrassée de ses productions anormales ; puis l'opérateur résèque la vaginale, n'en gardant que la quantité nécessaire pour recouvrir le cordon et le testicule ; puis il tamponne pour éviter l'hémorrhagie qui entraînerait un hématome. Il suture enfin la vaginale au catgut fin, puis la peau, en laissant à la partie inférieure un drain qui sera enlevé le quatrième jour. Augagneur et Scarenzio apportent quelques modifications de détail au procédé de Julliard, procédé qui a l'inconvénient d'exposer encore aux récidives.

3° Aussi pour obvier aux inconvénients des deux méthodes précédentes, Bergmann proposa-t-il l'extirpation totale du feuillet pariétal de la vaginale à l'aide des ciseaux, jusqu'à sa réflexion sur le testicule et l'épididyme. Une hémostase attentive est faite à l'aide de ligatures au catgut ; la cavité est ensuite lavée à la solution phéniquée à 3 0/0. Enfin suture de la plaie et drain laissé à la partie la plus déclive. Nicaise décolle la vaginale de la tunique fibreuse pour prévenir les hémorrhagies si fréquentes dans le procédé de Bergmann. Routier est partisan de l'excision totale.

4° Une méthode plus simple, plus rapide et donnant d'excellents résultats, a été préconisée par Jaboulay, Doyen et Legueu ; elle consiste dans l'éversion de la vaginale (procédé de Legueu). « L'opération étant de très courte durée, la narcose générale est inutile. L'anesthésie locale sera obtenue par une injection intra-dermique d'une solution de cocaïne à 1 0/0 faite sur le trajet de la future incision ; deux à trois centimètres cubes sont suffisants et avant d'ouvrir la vaginale, deux centimètres cubes de cocaïne en solution pourront être injectés. Après deux ou trois minutes, à l'ouverture de la séreuse, le malade n'éprouvera qu'une douleur très modérée lors des différentes pressions auxquelles sera soumis le testicule.

Digitized by Google

La région scrotale sera tout d'abord soigneusement rasée et lavée au savon avec une solution de sublimé au 1/1000. Le lavage à l'éther étant douloureux est complètement inutile. L'asepsie de la peau obtenue et le champ opératoire limité par des compresses stérilisées, le scrotum est immobilisé de la main gauche.

On incise la tunique vaginale sur une longueur de huit centimètres couche par couche; puis on procède au décollement complet du testicule et de la vaginale distendue d'avec les adhérences celluleuses qui existent surtout à la partie postérieure du testicule. La vaginale est alors largement incisée; le liquide est évacué et les corps étrangers, s'il en existe, sont enlevés. La séreuse est ensuite retournée au-dessus de l'épididyme, comme on ferait d'un doigt de gant, de façon à entourer la partie inférieure du cordon et fixée dans sa nouvelle position par deux points de suture au catgut, l'unissant aux éléments du cordon. Puis la vaginale et le testicule sont réintégrés dans les enveloppes du scrotum, et une fois l'hémostase assurée, la peau est suturée au crin de Florence, sans aucun drainage, et un pansement antiseptique compressif est appliqué sur le scrotum pour n'être retiré que huit jours après, lors de l'enlèvement des fils.

Ce procédé, dit l'auteur, est d'une extrême simplicité, aussi facile et beaucoup plus sûr que la ponction. Il est en outre moins douloureux que la ponction suivie d'injection iodée et la réaction post-opératoire est beaucoup moins vive. La guérison est obtenue en huit jours et le malade ne garde le lit que trois ou quatre jours. Ce procédé applicable dans l'immense majorité des cas est cependant contre-indiqué dans les hydrocèles volumineuses, à parois très développées et épaissies et qui sont plus justiciables de l'excision totale. — A. P.

Suture circulaire des vaisseaux. — Différents chirurgiens ont déjà exécuté avec succès des sutures longitudinales de vaisseaux blessés; le Dr Kümmel, de Hambourg, vient de marquer un progrès dans cette voie en obtenant la réunion de deux bouts coupés d'une artère fémorale et une autre fois d'une veine fémorale après une suture circulaire.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade de 52 ans, atteint d'un cancer des glandes inguinales droites. A l'opération, la paroi de l'artère fémorale se trouva si intimement unie à la tumeur, qu'il fallut en réséquer environ cinq centimètres. En disséquant les deux bouts et en fléchissant la cuisse, l'opérateur put affronter les deux bouts, les introduisit l'un dans l'autre d'environ un demi centimètre et les sutura à l'aide d'un surjet de soie, en évitant de perforer l'endartère. Après avoir enlevé les pinces hémostatiques, quelques trajets de l'aiguille donnèrent, mais par quelques points superficiels placés dans le périartère, l'hémostase fut assurée, et le tout fut engainé dans un muscle. Peu après reparurent les battements de l'artère poplitée, et la jambe ne présenta jamais de troubles trophiques pendant la survie de quatre mois. Le malade succomba aux progrès de son cancer qui avait malheureusement détruit l'endroit où l'artère avait été cousue.

Le second sujet était une femme de 41 ans, atteinte d'un néoplasme analogue; l'artère put être libérée, mais la veine fut coupée et sacrifiée sur une longueur de deux centimètres, puis cousue par un surjet; la plaie fut fermée complètement et se cicatrisa en dix jours. Le 24e jour la malade put quitter l'hôpital sans avoir présenté de troubles circulatoires à aucun moment. (*Klin. therap. Wochenschrift.* — Bd.

OPHTALMOLOGIE

Dacryo-adénite d'origine blennorrhagique. — Les cas de dacryo-adénite consécutive à une blennorrhagie sont rares. Seclighson en 1891, Panas et A. Terson en 1894 ont publié tous des cas de ce genre *(Soc. d'opht. de Paris).*

Une nouvelle observation est la suivante : Il s'agit d'un cuisinier, de 38 ans. qui eut, il y a 2 mois, une blennorrhagie uréthrale qui était enfin réduite à un suintement, lorsque, sans aucune cause occasionnelle appréciable, il se développa une dacryo-adénite typique bilatérale; la glande *orbitaire* du côté droit, le plus pris, était du volume d'une petite noix et extrêmement dure. Les glandes de Rosenmuller ne paraissaient pas, par contre, augmentées de volume. Il n'y avait ni exophtalmie, ni ténonite, ni iritis, ni conjonctivite marquée (Terson, *Soc. opht. de Paris*).

Les yeux étaient plutôt larmoyants que secs. La résolution se fit en un mois. Le malade étant traité par les balsamiques, la chaleur localisée, la révulsion à la tempe et l'onguent belladoné mercuriel.

La résolution simple a été également la règle dans les observations précédemment citées, et dans un cas, il y avait en même temps que la dacryo-adénite, une iritis assez violente.

La dacryo-adénite est donc au même titre que les autres nombreuses complications générales de la blennorrhagie, à citer parmi les troubles métastatiques d'origine urèthrale pouvant occuper les autres régions de l'œil et la capsule de Tenon.

Le malade n'a eu aucun accident articulaire ni d'orchite.

Il serait intéressant de savoir si l'ophtalmie purulente vraie peut quelquefois donner une dacryo adénite ascendante.

DERMATOLOGIE

L'eczéma hyperkeratosique interdigital. — C'est une affection mal connue qui siège souvent, seulement dans le dernier espèce interdigital ou tout au moins qui y a son maximum d'intensité.

Digitized by Google

D'après M. Dubreuilh (*Annal. dermat 1899*), il siège surtout au fond du pli interdigital et peut s'étendre dans les plis de flexion plantaire. On peut l'observer, mais rarement à la main. Quand on écarte les orteils, on voit les surfaces en contact tapissées d'un enduit blanc éclatant, presque bleuté, formé par une couche cornée épaisse, atteignant parfois 1 millimètre, opaque souple et résistant, se détachant par lambeaux qui ont parfois plus d'un centimètre de large. Ces lambeaux se détachent par un bord, tout en restant très adhérents par l'autre, de sorte que les efforts pour les arracher déterminent de la douleur et produisent des fissures. Au-dessous d'eux, on trouve une peau rouge foncé recouverte d'un épiderme mince et transparent, qui devient promptement épais, blanc et opaque avant même que la lame précédente ait fini de se détacher. Cette desquamation se reproduit incessamment, bien qu'avec une abondance variable, et sans déterminer beaucoup de douleur, ni de démangeaison. Il n'y a pas à d'hyperhydrose concomitante, mais on peut trouver, en même temps, de l'eczéma vesiculeux de la face dorsale des orteils, de l'état papillomateux, ou simplement l'hyperkeratose.

La maladie a une marche éminemment chronique ; dans tous les cas observés par M. Dubreuilh, elle durait depuis plusieurs années, et malgré tous les traitements, elle a persisté fort longtemps. Les malades étaient des arthritiques, et beaucoup d'entre eux portaient des chaussures *serrées*. De tous les topiques employés, aucun ne s'est montré réellement efficace. Cependant, les applications d'ichthyol en solution alcoolique ont amené une amélioration très sensible ; dans un autre cas, la malade s'est surtout bien trouvée de lotions persistantes d'eau blanche. La chrysarobine en pommade, le nitrate d'argent en badigeonnages, ont eu des succès momentanés. — M. D.

HYGIÈNE

Les courses de Ski au point de vue médical. — M. Henschen (d'Upsala), a examiné dans quatre courses différentes, de 5, 10, 25 et 95 kilomètres respectivement, les concurrents avant et après la course. Il est arrivé à certaines conclusions qu'on peut résumer de la façon suivante :

A. Au point de vue pratique.

Pour les courses de 5 kilomètres, les garçons au-dessous 15 ans ne devraient pas être admis. Les garçons avec une taille au-dessous de 1 m. 60 et d'un poids inférieur à 55 kilogrammes n'ont aucune chance d'arriver. Il faut aussi une certaine relation entre le poids et la taille. Il faut au moins 350 grammes pour chaque centimètre de hauteur ou 22 millimètres par kilogramme au plus. Sinon, les courses de Ski de 5 kilomètres peuvent avoir une action nuisible.

Dans les courses de 10 kilomètres, il faut un âge minima de 17 ans et un poids de 67 kilogs. La relation entre la taille et le poids doit être de 385 à 390 grammes par centimètre de hauteur ou 2,55 à 2,60 centimètres par kilogramme.

Pour les courses de 95 kilomètres, il faut être adulte. Le meilleur âge est de 23-25 ans. Les Lapons font exception à la règle. Ils peuvent concourir à un âge plus avancé. Au-dessous de 20 ans, la course de 95 kilomètres est trop fatigante. Il faut une taille d'environ 1 m. 70 au moins pour avoir des chances d'arriver. Le poids ne doit pas être inférieur à 70-73 kilogs.

Le poids minima par centimètre était de 420 grammes ou 2,5 par kilogramme. De plus, il faut avoir subi un entraînement progressif.

Tous les coureurs qui faisaient des abus de tabac ou surtout d'alcool, montraient une infériorité manifeste par rapport à ceux qui n'en abusaient pas et surtout à ceux qui n'en usaient pas.

B. Au point de vue « scientifique ».

Le volume du cœur avait été mesuré avant le départ sur tous les partants, et également à l'arrivée. Ces recherches ont montré qu'une dilatation aiguë du cœur est assez fréquente.

Il y avait dilatation aiguë :

Dans la course de	5	kilométres	dans	7	cas sur	24
—	10	—	—	4	—	12
—	95	—	—	11	—	37
			Total.....	22	—	73

Dans la course de 5 kilomètres, les deux premiers, un garçon de 12 ans et trois jeunes gens, dont le poids était au-dessous de la normale.

Dans la course de 95 kilomètres, il y avait 11 cas de dilatation, trois fois à droite, huit fois à gauche. Elle avait lieu chez les trop jeunes ou chez ceux dont le poids était au-dessous de la normale, dans un cas chez un coureur dont le poids était trop élevé (81 kilogs). Les numéros 2 et 3 avaient également le cœur dilaté. On peut supposer que la fatigue extrême, à laquelle ils s'étaient exposés, en était la cause.

Une chose importante se dégage des recherches de l'auteur, c'est que beaucoup parmi les coureurs avaient un gros cœur, surtout les mieux entraînés. Le sport de ski développe donc une hypertrophie physiologique du cœur, qui devient plus apte à résister contre un excès de travail même prolongé. On peut se demander comment se développe cette hypertrophie. Ces recherches permettent de répondre à la question. Au début de l'entraînement, le cœur se dilate, l'hypertrophie vient en second lieu ; elle en est la conséquence, puisqu'un cœur dilaté est obligé de faire un surcroît de travail, ayant une plus grande quantité de sang à chasser pour chaque systole.

Pour que la dilatation ne soit pas nuisible, il faut qu'elle se fasse progressivement, qu'elle ne soit pas poussée trop loin et que l'organisme soit bien nourri. Autrement, des

Digitized by Google

troubles pourraient survenir et plus tard probablement de la dégénérescence.

Dans tous les cas qu'on pouvait contrôler, la dilatation était de nature transitoire.

L'examen des urines révéla des particularités intéressantes :

Il y avait de l'albumine dans les urines après la course chez 12 coureurs sur 14 dans la course de 5 kilomètres. Parmi ces 12, il y en avait 10 qui présentaient des cylindres en plus ou moins grande quantité.

Dans la course de 10 kilomètres, tous ceux chez lesquels on pouvait faire l'examen avaient de l'albuminurie Six avaient des cylindres.

Dans la course de 95 kilomètres, on ne trouvait de l'albumine que chez 6 sur 32 qu'on pouvait examiner. Chez tous ceux qu'on pouvait examiner l'albumine avait disparu le lendemain.

Quelle est la cause de la présence de l'albumine? La nature de celle-ci permettra de répondre à la question. C'était toujours de la nucléo-albumine, ce qui indique qu'il y avait eu une destruction excessive d'éléments cellulaires dans l'organisme.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Etude sur le paludisme. — M. Laveran analyse les travaux publiés par l'Ecole de médecine de Liverpool sur le paludisme et les moyens de le prévenir. Il résulte des recherches faites au Sierra Léone par la mission scientifique envoyée de Liverpool, que certains moustiques, spécialement les Anopheles, sont les principaux agents de l'infection palustre, en inoculant au niveau de leurs piqûres sur la peau humaine les hématozoaires du paludisme qui vivent sur eux à l'état de parasites. Les auteurs du rapport de cette mission font remarquer avec raison que beaucoup de circonstances signalées depuis longtemps comme favorables à l'éclosion du paludisme, favorisent la pullulation des moustiques : sol plat, marécageux, mares, pluies, chaleurs, etc. Le drainage du sol, la culture, en supprimant les eaux stagnantes dans lesquelles vivent les larves des moustiques, font disparaître ces moustiques et par suite les fièvres. Ce travail démontre une fois de plus la nécessité des pratiques d'assainissement pour la prophylaxie du paludisme.

Sur la prophylaxie de la rougeole. — M. Vallin. C'est par l'observation dans les petites garnisons, où il est plus facile que dans une grande ville de suivre la marche de la contagion, que les médecins militaires ont acquis la conviction que les germes morbilleux ne sont pas aussi éphémères et caducs qu'ont le dit. On peut y découvrir l'origine du premier cas et la filiation de ceux qui lui succèdent.

Ce premier cas étant reconnu, le malade est immédiatement envoyé à l'hôpital; tous ses effets sont désinfectés; le casernement est évacué et désinfecté; les hommes de la chambrée sont soumis à une inspection médicale quotidienne. De cette façon, on évite la propagation de la maladie.

En ce qui concerne le germe de la rougeole, il n'est point aussi fragile qu'on le dit ; il peut être transmis indirectement par une tierce personne saine ; il peut aussi vivre à l'abri de la lumière dans les vêtements portés naguère par un malade, dans l'interstice des parquets. C'est pourquoi il importe de le détruire par la désinfection afin d'enrayer le mal.

M. Grancher. — Il est extrêmement difficile de suivre la filiation des épidémies de rougeole dans les petites garnisons aussi bien que dans les grandes villes, parce qu'il est impossible de noter tous les contacts, et que la rougeole est contagieuse dans les périodes d'invasion. Certes la désinfection n'est pas inutile contre cette maladie; elle diminue sa mortalité, mais elle n'est point une arme de choix, en raison de l'existence éphémère de ses germes.

M. Kelsch a observé des faits de transmission de rougeole par des sujets sains ; il en a observé d'autres, qui montrent que ces germes peuvent se conserver longtemps dans des vêtements ou dans des chambres soustraits à l'air et la lumière. C'est pour ces raisons qu'il y a nécessité de désinfecter après la rougeole comme après les autres maladies infectieuses.

Dans une séance précédente, l'Académie avait voté qu'il y avait lieu d'inscrire la rougeole sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire. Aujourd'hui, elle émet l'avis d'ajouter à la liste de ces maladies la pneumonie et la broncho-pneumonie infectieuses. — *(3 avril)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Elimination du bleu de méthylène pris à doses répétées — MM. Achard et Clerc. Lorsqu'on donne du bleu de méthylène à doses répétées quotidiennement, on constate que la quantité de matière colorante, qui passe dans les urines en 24 heures, peut être aussi élevée chez des malades dont la perméabilité rénale est diminuée que chez des sujets sains. Ce fait s'explique par l'accumulation du bleu dans l'organisme. Le premier jour, le sujet malade en élimine moins et, par conséquent, en retient davantage ; par suite de l'accumulation quotidienne, il arrive un moment où la quantité du bleu qui circule dans le rein malade est telle, que ce rein, sans modifier sa perméabilité et tout en restant passif, en laisse passer une proportion plus forte. Mais, quand on cesse l'administration du bleu, les différences reparaissent. Chez le sujet sain, l'élimination est promptement terminée ; chez le malade, elle se prolonge et, à partir de la dernière dose, la quantité de matière colorante éliminée peut être plus élevée chez le malade que chez le sujet sain, ce qui démontre péremptoirement la réalité de l'accumulation. Cette donnée peut s'appliquer à l'excrétion des principes normaux de l'urine, qui arrivent au rein en

Digitized by Google

quantité à peu près semblable chaque jour. Si la quantité de cette excrétion est normale, cela ne prouve pas que le rein soit parfaitement perméable, puisque l'accumulation de ces substances peut avoir lieu et concourir à rétablir le taux normal de l'excrétion, sans que le rein devienne plus perméable et acquière une activité plus considérable. Si l'on ajoute que la proportion des principes normaux de l'urine selon l'alimentation, l'état de la nutrition et celui des divers organes, on doit reconnaître que l'on s'exposerait à bien des incertitudes si l'on cherchait à évaluer le fonctionnement rénal d'après la seule analyse chimique de l'urine.

L'étude des doses répétées de bleu démontre aussi que, chez les sujets qui éliminent une quantité inférieure à la normale, cet abaissement du taux d'élimination n'est pas dû à une destruction plus grande du bleu dans l'organisme car si les tissus avaient un pouvoir de destruction plus fort à l'égard du bleu, l'accumulation de la matière colorante n'aurait pas lieu ou serait moindre que chez les sujets sains, et c'est le contraire qui s'observe.

M. Widal. — Il est intéressant de rechercher quelles modifications subit la perméabilité rénale chez un même malade sous l'influence du régime ou du traitement.

Une cardio-brightique de cinquante-trois ans était entrée dans mon service pour une attaque de dyspnée avec congestion des deux bases et œdème des membres inférieurs. Les reins étaient imperméables au bleu, tandis que leur perméabilité à l'iodure de *potassium* n'était diminuée que de moitié. La tension artérielle, tombée à 13, était celle de l'asystolie.

Sous l'influence du repos et du régime lacté, l'état de notre malade s'améliora notablement et la dyspnée disparut complètement. La perméabilité au bleu restait pourtant tout aussi troublée.

La digitale, administrée pendant trois jours, éleva la pression artérielle à 16, amena une augmentation du taux urinaire; malgré le bon état général de la malade, la perméabilité au bleu, à quelques nuances près, restait ce quelle était lors des premiers examens.

Par contre, quelques jours après l'administration de la théobromine, à la dose quotidienne de 2 gr. 50, la perméabilité au bleu augmenta dans des proportions remarquables. La matière colorante apparut dans l'urine dès la première heure qui suivit l'injection sous-cutanée. L'élimination fut cependant prolongée pendant cinq jours, et elle présenta des intermittences dues sans doute à une insuffisance du foie hypertrophié

La perméabilité à l'iodure de potassium était devenue tout à fait normale, sous l'influence du repos, du régime lacté et de la théobromine. La tension artérielle s'était élevée progressivement à 19.

Un cas de maladie de Werlhof. — M. Milian rapporte au nom de M. Landrieux et au sien, l'observation d'un homme de cinquante-cinq ans, ancien banquier roumain, entré à l'hôpital avec de vives douleurs dans les membres et de la raideur musculaire. Il était porteur de vastes ecchymoses occupant les membres supérieurs et inférieurs avec intégrité complète de la face, du cou et du tronc. On trouvait, en outre, chez lui, des signes de sciatique double (signes de Lasègue, points de Valleix). Absence de fièvre et phénomènes généraux. Pas de douleurs articulaires. Le sang examiné ne présentait pas autre chose qu'une légère anémie avec leucocytose et absence de rétraction du caillot.

Les auteurs font ressortir l'importance du système nerveux dans la pathogénie de cette affection survenue à l'occasion de revers et de violentes peines morales accompagnés d'une asthénie profonde ainsi que de signes névralgiques et de raideurs musculaires avec myxœdème.

Maladie d'Addison à évolution suraiguë. — M. Menetrier et M. Oppenheim rapportent l'observation d'une jeune fille de 21 ans, qui succomba en une semaine après avoir présenté des symptômes de grippe, une angine simple à pneumocoques, de la stupeur cérébrale et du coma terminal. Il existait de plus une pigmentation peu accusée de la muqueuse buccale. A l'autopsie, on ne trouva pour toute lésion qu'une destruction complète des capsules surrénales, ayant subi la dégénérescence caséeuse. Depuis les travaux de Brown-Sequard, on connaît l'importance du rôle des capsules surrénales dans la destruction des substances toxiques en circulation dans l'organisme, produites par le fonctionnement des tissus et des organes, ou venues du dehors On conçoit la gravité d'une infection qui apporte une surabondance de poisons dans l'organisme chez une malade dont les capsules surrénales sont détruites. Il en résulte une insuffisance capsulaire suraiguë, due à une surcharge toxique accidentelle à laquelle l'organisme se trouve hors d'état de résister.

Mélanodermies arsenicales généralisées. — MM. Enriquez et P. Lereboullet ont, en juin dernier, rapporté l'observation d'un sujet atteint de mélanodermie arsénicale généralisée, dont la pigmentation a notablement rétrocédé depuis la cessation du traitement arsenical, justifiant ainsi le diagnostic porté, le malade avait été antérieurement considéré comme atteint de maladie d'Addison. Ils rapportent un second cas très analogue : chez un sujet atteint de psoriasis est apparue, après quatre mois d'un traitement arsenical à la dose quotidienne de XXV gouttes de liqueur de Fowler, une mélanodermie prédominant au tronc et à l'abdomen, respectant en partie les membres et notamment les extrémités : aspect tacheté spécial de cette mélanodermie, avec nombreuses taches claires et quelques grains plus pigmentés ; état lichenoïde de la paume des mains et de la plante des pieds ; petits signes surajoutés d'intoxication (sensation désagréable à la gorge, conjonctivite avec photophobie), aucun trouble nerveux. Comme le premier sujet, ce malade est normalement de teint très foncé, avec système pileux noir et développé. MM. Enriquez et P. Lereboullet insistent sur l'aspect tacheté dont la netteté, relevée dans plusieurs observations, leur avait paru assez spéciale à la mélanodermie arsenicale.

En réalité, ce n'est là que l'accentuation de ce qui se voit dans d'autres mélanodermies telles que certaines syphilides pigmentaires généralisées et dans les pigmentations analogues observées chez des tuberculeux. On peut retrouver cet aspect tacheté dans des mélanodermies de

Digitized by Google

cause externe (phtiriase), indépendant de toute macule éruptive ou cicatricielle, mais très peu marqué; il est signalé dans un cas de mélanodermie nerveuse (Feré); on en retrouve l'ébauche chez certains sujets à peau normalement foncée. Cet aspect tient donc à une distribution physiologique du pigment, non à l'agent producteur de la mélanodermie; pourtant il paraît exceptionnel dans la maladie d'Addison, et peut-être garde-t-il, à ce point de vue, une certaine valeur diagnostique. Indépendant de toute éruption antérieure dans la plupart des cas où il est signalé, il paraît être sous la dépendance de la disposition des réseaux vasculaires superficiels *(30 mars)*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Tumeur gazeuse du cou. — M. Guinard communique l'observation rare d'une tumeur hydro-aérique du cou. Il s'agit d'une femme de 32 ans, qui, il y a 2 ans, à la suite de vomissements violents, sentit un craquement se produire dans le cou. Une grosseur se développa lentement dans cette région; et aujourd'hui, elle est de la dimension d'une mandarine. Située à droite dans le triangle sus-claviculaire, elle est mobile sous la peau, fluctuante et sonore, mais sans qu'on puisse y produire de bruit hydro aérique. Dans la profondeur, elle semble reposer sur la clavicule qu'elle déborde en avant. Nullement réductible, elle ne sufiit pas d'augmentation de volume sous l'influence d'un effort d'aspiration. Nulle trace de tuberculose, ni de syphilis chez cette malade. A la suite d'une dissection fort simple, M. Guinard enleva cette poche, qui renfermait des gaz et un verre à bordeaux de liquide citrin. Sa paroi, formée de tissu fibreux, était tapissée à l'intérieur d'un revêtement épithélial, dépourvu de cils vibratiles, et de quelques expansions papilliformes.

Il admet qu'il s'agit là d'un aérocèle par effort, ayant déterminé une petite rupture de la trachée, sans que pour cela, il y eût lésion congénitale, prédisposante, de ce conduit, avec enkystement consécutif de l'air épanché.

M. Delbet. — Il existe deux espèces de tumeurs gazeuses du cou. Les unes sont dues à la dilatation d'un diverticule preexistant du larynx ou de la trachée. Elles ne sont pas congénitales; c'est la disposition grâce à laquelle elles se produisent, qui est congénitale. L'observation de M. Guinard rentre dans ce cas. Les autres sont dues à la rupture des voies aériennes, et souvent cette rupture n'est pas vraiment traumatique. L'effort intervient non pas pour la produire mais seulement pour l'activer. Elle est préparée par une altération de la paroi, une ulcération qui est souvent tuberculeuse.

Péritonite appendiculaire guérie. — M. Moty rapporte une observation de péritonite suppurée, d'origine appendiculaire, traitée et guérie par la laparatomie, nettoyage du péritoine, résection de l'appendice et drainage du foyer. L'intérêt de ce fait réside dans le mode particulier de nettoyage des anses intestinales. Une fois le pus enlevé, M. Moty passa rapidement sur les anses de l'intestin grêle les plus dilatées et les plus rouges, qui avoisinaient le foyer, des tampons d'ouate hydrophile montés sur pinces de Péan, et trempés dans un récipient d'eau bouillante. Sous l'influence de cette eau très chaude, la coloration de l'intestin redevenait presque normale en 15 ou 20 secondes. — *(28 mars.)*

BIBLIOGRAPHIE

Annales de la Société obstétricale de France (1899), chez Doin, éditeur.

Ce volume contient le compte-rendu des séances de la Société obstétricale pendant l'année 1899. On y trouvera des notes intéressantes sur la plupart des questions obstétricales. Grossesse normale et pathologique, accouchement gemellaire, présentations, dystocie maternelle et fœtale, délivrance, suites de couches. Les autres articles ont trait aux opérations obstétricales, à l'allaitement, à la pathologie du nouveau-né.

Deux tables générales des matières contenues dans la collection des annales de la Société depuis sa fondation jusqu'à 1899 inclusivement termine ce livre.

L'appendicite, *Formes et traitement*, par le Dr Aug. Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Trousseau. 1 vol. des *Actualités Médicales*, chez Baillière, éditeur.

Le but de l'auteur est de montrer que les indications thérapeutiques varient suivant la forme d'appendicite. Après quelques données anatomo-pathologiques, il passe à l'étude des formes cliniques, en commençant par les plus simples, les formes chroniques, puis l'appendicite aiguë à péritonite circonscrite, et enfin il termine par la péritonite aiguë généralisée.

La deuxième moitié du volume est consacrée au traitement qui varie considérablement à la fois dans ses indications et dans sa technique, selon la forme de la lésion.

Et d'abord il expose les désaccords qui existent entre les *partisans* du traitement médical, les *radicaux* qui prétendent opérer toujours et de suite, et les *temporisateurs* (Roux de Lausanne, Brun, Jalaguier et Broca) qui, tout en disant : « Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite; l'appendicite est une lésion chirurgicale ne veulent pas pour cela opérer toujours et de suite.

D'après eux, sitôt le diagnostic posé, le chirurgien doit être appelé. C'est lui qui doit prendre la direction du traitement, qui doit surveiller *lui-même et souvent* l'évolution du mal et cela parce qu'il doit se tenir prêt à opérer, au besoin.

Les indications générales posées, l'auteur examine les détails relatifs au traitement chirurgical de chaque variété d'appendicite, et il décrit le manuel opératoire *type*, celui de *la résection de l'appendice non adhérent*, en quelques pages remarquables de précision et de clarté.

Nous apprenons avec douleur la mort de M. le Dr Marchal (de Mondelange), et nous adressons à sa famille l'expression de notre vive sympathie.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES POULAINE, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Contribution à l'étude expérimentale des myocardites (1)

Lésions chroniques du myocarde consécutives à l'intoxication diphtérique

par MM. J. MOLLARD, *médecin des hôpitaux de Lyon* et Cl. REGAUD, *chef des travaux histologiques à la Faculté de Médecine de Lyon*

Après avoir étudié les lésions du myocarde dans l'intoxication aiguë par la toxine diphtérique (2), nous avons cherché à savoir ce que deviennent ces lésions, lorsque la phase aiguë de la maladie est passée, et que l'animal en expérience semble guéri. Nous avons conservé pendant longtemps trois chiens et trois lapins. Les six animaux ont reçu chacun, à deux ou trois reprises, des doses de toxine diphtérique non mortelles, mais suffisantes pour les rendre chaque fois très malades. Ils ont été ensuite sacrifiés, les chiens, environ 14 mois, 12 mois et demi, 18 mois et demi après la première inoculation, et respectivement 8 mois, 8 mois et demi, 7 mois, après la dernière; les lapins, environ 16 mois, 16 mois et demi, 18 mois et demi, après la première inoculation et respectivement 11 mois, 12 mois, 18 mois après la dernière. Deux autres lapins sont morts spontanément, 7 ou 8 jours après une troisième ou une quatrième inoculation, cinq mois environ après la première.

Les chiens ont été intoxiqués par la voie sous-cutanée, les lapins, par la voie intraveineuse.

Dans tous les cas, nous avons constaté l'existence de lésions du myocarde.

Etude analytique des lésions. — Nous étudierons successivement les lésions des *éléments musculaires*, du *tissu conjonctif* et des *vaisseaux*. Nous ne nous occuperons pas des lésions du système nerveux du cœur, que nous avons volontairement laissées de côté, faute d'une méthode pratique applicable à l'histologie pathologique.

Lésions des fibres musculaires. — Elles sont absolument constantes. Chez les chiens, elles existent seules, ou presque seules, le tissu conjonctif étant normal ou presque normal. Chez les lapins, au contraire, elles coexistent toujours avec des lésions du tissu conjonctif et parfois des artères.

Chez les trois chiens, les lésions, dans leur ensemble, sont d'ailleurs minimes : *vacuoles juxtanucléaires*, *hyperplasmie* et exceptionnellement *dissociation segmentaire*.

Nous considérons ces lésions minimes comme *cicatricielles*, c'est-à-dire comme des reliquats probablement indélébiles de lésions réparées dans la mesure du possible et ayant cessé d'évoluer. De ce que ces lésions musculaires peuvent exister seules, longtemps après la phase aiguë de la maladie, on doit conclure qu'elles peuvent être autonomes et indépendantes des lésions du tissu conjonctif et des vaisseaux. Quant au défaut d'identité entre les lésions observées chez les chiens et chez les lapins, elle peut s'expliquer, d'une part, par la sensibilité moindre du chien à l'égard de la toxine diphtérique et, d'autre part, par la différence dans la voie d'introduction du poison.

Chez aucun de nos cinq lapins les lésions des fibres musculaires n'existent seules. Il y a bien des territoires, plus ou moins étendus, où l'on ne trouve que des lésions musculaires, mais dans tous les myocardes, on rencontre aussi des espaces où le tissu conjonctif, lui-même altéré, entoure les fibres musculaires malades. En ces derniers points, il est évident à un examen, même superficiel, que les altérations musculaires sont en pleine évolution. On y voit non seulement des *vacuoles juxtanucléaires* et de l'*hyperplasmie*, mais encore de *grandes vacuoles* attenantes au noyau, l'*état granuleux* de la substance contractile, parfois des *blocs homogènes* (dégénérescence de Zenker), très fréquemment l'*état grillagé* de la striation, l'*éparpillement des fibrilles contractiles*, d'importantes *modifications des noyaux* et la *dislocation* ou *dissociation des cellules musculaires*. Ces altérations aboutissent à la formation de *myoblastes de régression* (cellules musculaires atrophiées, réduites à un noyau entouré d'une mince couche de protoplasma, et reconnaissables seulement à un reste de striation), et à la *disparition des fibres musculaires*.

En résumé, les lésions des fibres musculaires, que nous ne faisons qu'énumérer ici, évoluant à la suite d'intoxications diphtériques aiguës, sont caractérisées par la disparition graduelle de la substance contractile, Les parties non spécialement différenciées de la cellule musculaire persistent jusqu'après la résorption des dernières particules contractiles. Cette sorte d'autophagisme des cellules musculaires ne s'accompagne pas de l'intervention de phagocytes étrangers.

Lésions du tissu conjonctif. — Les lésions du tissu conjonctif n'existent pas ou sont très légères chez les chiens; elles sont constantes chez les lapins.

Ces lésions sont diverses et, à l'inspection même superficielle des coupes d'un myocarde, il ressort avec évidence qu'elles ne sont pas contemporaines les unes des autres, mais qu'elles ont été constituées

(1) Le travail, dont nous donnons ici un résumé, a paru *in extenso*, avec trois planches, dans le *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*. Novembre 1899-p. 1186-1201.

(2) J. MOLLARD et Cl. REGAUD, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1897 p. 88-133, 2 planches.

Digitized by Google

par des poussées successives. Les états que nous avons observés sont les suivants : l'*œdème simple*, les *foyers de leucocytose ou de diapédèse*, la *néoformation conjonctive au stade muqueux*, la *néoformation conjonctive au stade téloformatif*, *les plaques de sclérose adulte*.

Sans entrer dans la description détaillée de ces divers états, nous soulignerons seulement ici quelques faits importants. Nos *foyers de leucocytose* ne sont autre chose que des amas de petites cellules, ordinairement qualifiées de « cellules embryonnaires ». Or, l'origine leucocytaire de ces cellules nous paraît suffisamment établie par leurs caractères morphologiques, leur voisinage des capillaires, la coexistence d'une leucocytose intravasculaire et de formes nettement amiboïdes. Contrairement à ce que nous admettons pour les cas aigus, nous ne pensons pas que les fibres musculaires aient provoqué directement par leurs lésions préexistantes l'appel leucocytaire. Nous croyons que ces petits foyers de diapédèse sont le premier stade d'une future néoformation conjonctive; que ces leucocytes, ou quelques-uns d'entre eux, se transforment en cellules conjonctives. Mais ce fait histologique capital ne peut encore se dégager des causes d'erreur qui résultent de la complexité même de notre objet d'étude.

La richesse du tissu conjonctif en vaisseaux capillaires varie en raison inverse de sa densité. Enormes, gorgés de sang, très nombreux dans les territoires où la néoformation conjonctive est à un stade intermédiaire entre le tissu muqueux et le tissu fibreux, les capillaires sont beaucoup plus étroits et moins nombreux dans le tissu fibreux dense. Les vaisseaux sanguins jouent donc un rôle très important dans la régression des fibres musculaires et dans l'histogénèse du tissu conjonctif pathologique, c'est-à-dire dans le double processus qui conduit à l'édification de la plaque de sclérose. Dès le début, la vascularisation de la région malade est augmentée. Elle ne diminue, jusqu'à devenir moins riche que la vascularisation normale, qu'après la constitution définitive d'un tissu dans lequel les échanges nutritifs sont ralentis ou n'ont plus lieu, par suite de la destruction totale ou partielle des éléments musculaires.

Lésions des vaisseaux sanguins. — Nous n'avons pas constaté de lésions de la tunique adventice, ni du tissu conjonctif lâche péri-artériel. Nous n'avons pas non plus observé d'endartérite, au sens histologique du mot, c'est-à-dire de lésion de l'endartère, pour la raison bien simple que les artères du cœur, chez le lapin et même chez le chien, n'ont pas d'endartère distinct. L'endothélium repose directement sur la limitante élastique interne. Mais si par endartérite on entend une lésion qui détermine la diminution de calibre, l'oblitération partielle ou totale du vaisseau, quelle que soit, du reste, la localisation exacte de cette lésion dans les tuniques artérielles, nous reconnaissons l'avoir plusieurs fois observée chez nos lapins. Mais la sténose artérielle était liée à des modifications de structure de la tunique moyenne, sans que nous puissions pour le moment donner de ces modifications une description précise.

L'état des fibres musculaires est, en effet, très difficile à apprécier, faute de méthodes techniques simples pour mettre en évidence leur substance contractile. L'état des fibres élastiques s'apprécie par contre facilement sur des préparations colorées avec l'orcéine; mais nous manquons jusqu'à présent de données comparatives d'histologie normale.

Nous avons aussi vu chez nos lapins des artérioles dont la paroi est homogène, hyaline.

Enfin, un de nos lapins présentait une aortite généralisée.

Nulle part, nous n'avons pu saisir de rapport entre les territoires à tissu conjonctif néoformé et des artères malades.

Les veines ne nous ont rien montré d'anormal.

Interprétation des résultats. Pathogénie des lésions. — Le myocarde est constitué par des fibres musculaires, un appareil nerveux, des vaisseaux sanguins et du tissu conjonctif. Ces divers tissus sont susceptibles d'éprouver des lésions *primitives* et des lésions *secondaires*. Les premières, dans le cas qui nous occupe, sont déterminées par la toxine diphtérique. Les secondes, toujours plus ou moins tardives, résultent de l'influence dystrophique réciproque des éléments anatomiques primitivement lésés.

Pour bien faire comprendre notre pensée, prenons comme exemple les fibres musculaires.

A. Le poison diphtérique a déterminé sur elles des lésions primitives. Lorsque l'animal survit, celles de ces lésions qui sont complètement réparables se termineront par *restitutio ad integrum*. Celles qui sont incurables aboutiront à la disparition de certaines cellules musculaires mortes ou mourantes, et à la cicatrisation des moins grièvement blessées. Après l'atteinte aiguë, il peut donc rester dans le myocarde des *cicatrices de lésions primitives des fibres* musculaires.

B. Après l'intoxication, les fibres musculaires — qu'elles soient restées saines, qu'elles soient en voie de réparation ou déjà infirmes — sont exposées encore à des lésions tardives et lentes d'ordre dystrophique. Ces lésions se produisent parce que les neurones moteurs, les vaisseaux sanguins et le tissu conjonctif ont, eux aussi, été primitivement lésés, et qu'ils tiennent sous leur dépendance le « trophisme » des fibres musculaires.

En résumé, les lésions musculaires qui persistent

Digitized by Google

ou se développent après l'intoxication aiguë, et qu'on peut qualifier de lésions chroniques, peuvent être rapportées, quant à leur origine, à une *cicatrice*, à une *dystrophie de cause nerveuse, vasculaire* ou *conjonctive*. Enfin, le plus souvent, peut-être toujours, les facteurs précédents n'agissent pas isolément, mais coopèrent à l'établissement de *lésions dont l'origine sera complexe.*

On peut appliquer le même raisonnement à l'appareil nerveux, aux vaisseaux, et au tissu conjonctif. Les éléments nerveux sont sous la dépendance trophique des vaisseaux et du tissu conjonctif; ce dernier, sous celle des vaisseaux et des fibres musculaires, etc. Bref, *les éléments des divers tissus du myocarde sont étroitement solidaires*, dans leurs manifestations pathologiques comme dans leur fonctionnement physiologique.

Telles sont les données fondamentales du problème pathogénique. Malheureusement, un grand nombre d'inconnues subsistent encore, même dans l'anatomie et la physiologie normales du myocarde, et c'est pourquoi on ne peut pas encore, à l'heure actuelle, arriver à la solution intégrale du problème. Examinons cependant nos faits à la lumière des notions d'histophysiologie que nous venons de rappeler.

Nous savons que, dans les myocardes atteints grièvement par une intoxication diphtérique aiguë, il y a des territoires généralement petits, où les fibres musculaires sont frappées de nécrose. Ces fibres sont entourées de nombreux leucocytes dont le rôle est de déblayer le terrain en résorbant les détritus. Ce sont là des *foyers de désintégration.* On est en droit de supposer que les fibres musculaires détruites ne se régénèrent pas et que le tissu conjonctif et les vaisseaux voisins édifient à leur place une cicatrice fibreuse. Nous attribuons donc à certaines plaques de sclérose petites et bien limitées, dont le centre est dépourvu de fibres musculaires, une *origine cicatricielle.* Leur histogénèse demande d'ailleurs à être suivie de plus près sur de nouvelles pièces; car plusieurs stades intermédiaires entre le foyer de désintégration et la plaque de sclérose nous ont fait défaut.

D'autre part, nous avons rencontré en abondance, chez tous nos animaux, des lésions parenchymateuses légères (atrophie partielle de la substance contractile, et substitution d'une vacuole juxtanucléaire au fuseau protoplasmique central), sans aucune modification du milieu conjonctif ambiant. L'infirmité permanente, dont sont atteintes ces cellules musculaires, nous paraît être aussi une cicatrice. — Seulement, c'est ici une *cicatrice de cellule.*

Ces deux espèces de lésions constituent la part principale de la *théorie cicatricielle;* elles sont, en effet, l'aboutissant du processus de réparation des lésions primitives des fibres musculaires

Occupons-nous maintenant des lésions beaucoup plus importantes et aussi plus complexes, qui consistent dans la néoformation d'un tissu conjonctif pathologique sur des territoires relativement étendus du myocarde.

Les altérations primitives des fibres musculaires jouent-elles un rôle dans le processus sclérogène? On peut le soutenir. Les phénomènes de réparation des lésions parenchymateuses sont très lents. Ils suscitent, autour des fibres musculaires malades, des modifications du milieu vasculo-conjonctif: hyperhémie, hyperleucocytose interstitielle, œdème. Les éléments musculaires infirmes fonctionnent imparfaitement, se contractent mal et à peu près jamais à fond. Or, on sait que leur contraction est un facteur important de la circulation locale. On conçoit donc — et c'est là seulement que commence l'hypothèse — que la suractivité et le régime anormal imposés aux vaisseaux et au tissu conjonctif peuvent à la longue devenir le point de départ pour eux d'une incitation néoformative. Les lésions des fibres musculaires, quoique minimes, retentiraient ainsi sur le tissu conjonctif, dont la réaction propre accentuerait encore les lésions musculaires initiales. Ce mécanisme pathogénique, très analogue à celui qui transforme les foyers de désintégration en cicatrices fibreuses, mais beaucoup plus lent, s'accorderait bien avec le parallélisme qu'on observe généralement entre la gravité des lésions musculaires et le degré d'évolution de la néoformation conjonctive. D'autre part, on le concilie mal avec l'existence de territoires à lésions parenchymateuses pures. Enfin, ce cercle vicieux, passant alternativement par l'élément musculaire et l'élément conjonctif, est une hypothèse probablement sans vérification directe possible.

Nous regrettons de n'avoir aucune observation démontrant l'influence trophique des nerfs moteurs cardiaques, et nous passons à l'examen des deux dernières théories pathogéniques possibles : l'action dystrophique des lésions vasculaires et des lésions du tissu conjonctif considérées comme primitives.

La vasculo-dystrophie est d'une compréhension en apparence facile : il est clair que si, par suite d'une lésion vasculaire, l'apport sanguin aux tissus est diminué, une dystrophie devra s'ensuivre. Mais quelles sont les lésions vasculaires qui déterminent la dystrophie? Comment la déterminent-elles et à quels signes reconnaîtra-t-on une lésion vasculo-dystrophique?

On invoque en pathologie humaine l'endartérite oblitérante. Or, dans nos expériences, nous n'avons rencontré que rarement des sténoses artérielles, et elles ne relevaient pas du reste de l'endartérite. Nous avons observé des lésions de la tunique moyenne des artérioles et des artères : disparition totale ou par-

Digitized by Google

tielle des fibres musculaires lisses et des éléments élastiques et leur remplacement par du tissu fibreux. Il nous est donc impossible d'invoquer l'ischémie proprement dite comme cause de sclérose. Mais, il est certain que les lésions de la tunique moyenne des artères diminuent ou abolissent leur contractilité et leur élasticité, facteurs très importants de la circulation dans les réseaux capillaires. La diminution dans l'apport nutritif en est la conséquence, et il s'ensuit peu à peu la dystrophie des fibres musculaires.

Or, partout où des lésions vasculaires, des troubles circulatoires mécaniques, ou bien une toxhémie chronique (foie et rein cardiaques, cirrhose alcoolique, etc.), déterminent lentement dans un parenchyme l'atrophie des éléments nobles, toujours le tissu conjonctif est remanié d'abord, reconstitué ensuite sous une forme finalement fibreuse. Et cela est ainsi d'après la loi de l'adaptation des tissus aux fonctions: la disparition graduelle des cellules hautement différenciées rend inutile le tissu conjonctif lâche au nutritif, et appelle sa transformation en un tissu conjonctif de pur soutènement.

C'est bien là le phénomène qui semble se passer en nombre de points du myocarde de nos animaux, mais avant d'adopter pour ce qui nous concerne la théorie vasculo-dystrophique, il faudrait d'abord mettre hors de tout conteste l'existence et la nature précise des lésions artérielles, ce que nous ne sommes point encore en état de faire.

On pourrait objecter aussi que nous n'avons pas rencontré la disposition des lésions considérée chez l'homme comme caractéristique de la sclérose dystrophique : présence d'une zone de fibres musculaires conservées immédiatement autour d'une artère plus ou moins malade, qui occupe elle même le centre de la plaque de sclérose. Nous croyons que c'est là une disposition contingente, et que l'explication qui en a été donnée ne répond pas à la réalité. Rien ne démontre que les fibres musculaires les plus voisines du vaisseau soient mieux nourries que les autres, car ce n'est pas à travers les parois des artères, voire même des artérioles, que se font les échanges nutritifs, mais bien au niveau des vaisseaux capillaires — c'est à-dire très loin en aval du point de l'artère où l'on observe quelquefois la disposition précitée.

Le tissu conjonctif lâche peut-il, consécutivement aux lésions primitives dont il est atteint, et sans *aucune incitation partie des fibres musculaires ou des vaisseaux*, se remanier spontanément et se reconstituer ensuite sous la forme fibreuse ? La dystrophie d'origine exclusivement conjonctive suffit-elle à expliquer le processus sclérogène ?

Que le tissu conjonctif lâche subisse lors des atteintes aiguës du myocarde un bouleversement plus ou moins violent, du fait de l'hyperleucocytose interstitielle, des exsudats d'origine sanguine ou musculaire qui font irruption entre ses éléments, et des actions phagocytaires énergiques qui interviennent ensuite, cela est absolument certain. Ce qui n'est pas démontré, c'est que les lésions qui en peuvent résulter soient, *à elles seules*, le point de départ de la reconstruction du tissu conjonctif sous une autre forme : car, de tous les tissus, le tissu conjonctif lâche est celui qui se répare le plus aisément. On voit des œdèmes de toutes sortes, des suppurations énormes guérir sans laisser de traces dans le tissu conjonctif *lâche*. Il faut aussi se garder de l'erreur qui consiste à confondre les amas de leucocytes avec des cellules du tissu conjonctif proliférées ou revenues à l'état embryonnaire, ou à prendre des filaments de fibrine pour de la substance fondamentale figurée. Enfin, il convient de remarquer qu'il s'écoule un temps très long entre le moment des lésions aiguës et celui où commence la néoformation conjonctive (plusieurs mois chez le lapin). Ce temps est même trop long pour qu'il soit logique d'admettre que celle-ci est la suite de celles-là.

Nous reconnaissons que le processus de réparation des lésions aiguës du tissu conjonctif, avec la suite de tous ses stades, ne ressort pas de nos recherches. La cause en est assurément que les stades rapprochés de l'intoxication nous manquent encore. Toutefois sans nier de parti pris la possibilité de lésions primitives chroniques du tissu conjonctif, nous croyons que ce tissu n'est certainement pas *seul* et de façon *autonome* le point de départ du processus sclérogène.

D'ailleurs, en présence de la généralisation des lésions dues à la toxine diphtérique à tous les tissus entrant dans la constitution du myocarde, et d'autre part en tenant compte de la complexité des relations qui rendent tous ces tissus solidaires les uns des autres, il serait antiscientifique d'exclure d'emblée une ou plusieurs théories pathogéniques vraisemblables *a priori*. Nous sommes convaincus que *les lésions finales sont le résultat d'actions pathogènes multiples dont la part respective varie et reste encore à déterminer avec précision dans chaque cas particulier.*

Conclusions. — I. L'intoxication diphtérique est une cause de lésions chroniques du myocarde. Ces lésions, qui ont pour point de départ une ou plusieurs atteintes aiguës, évoluent lentement et insidieusement. Chez le lapin, 8 à 12 mois après la fin de la maladie aiguë, elles sont encore en pleine évolution.

II. Parmi les lésions chroniques des fibres musculaires, les unes sont primitives et cicatricielles;

Digitized by Google

d'autres, plus importantes, sont secondaires, d'ordre dystrophique et consécutives aux lésions des autres tissus du myocarde (nerfs ? tissu conjonctif ? vaisseaux ?)

III. Les lésions dystrophiques occupent des territoires d'étendue variable. Elles sont accompagnées de la néoformation d'un tissu conjonctif, dont on peut suivre le développement peut-être déjà au stade embryonnaire, mais avec certitude aux stades muqueux, téloformatif et fibreux

IV. Il existe des lésions des artères. Leur formule histologique est encore incertaine ; elles intéressent principalement la tunique myo-élastique.

V. La pathogénie des lésions chroniques du myocarde observées par nous est complexe. Elles résultent de l'action de facteurs multiples dont la part respective ne peut actuellement être exactement déterminée.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

L'uréthrostomie périnéale dans les rétrécissements incurables de l'urèthre

L'uréthrostomie périnéale ou périnéostomie, est une opération qui a pour but, la création d'un méat artificiel au *périnée*, en arrière des bourses, dans certains rétrécissements de l'urèthre. C'est une opération de nécessité indiquée dans les cas où les autres méthodes thérapeutiques sont insuffisantes, inefficaces ou dangereuses. Ce nouveau méat est réalisé par une simple uréthrotomie externe, mais avec suture, sur une certaine étendue, des bords de la paroi inférieure de l'urèthre sectionnée, avec les bords de la peau.

Au même titre que la cystostomie sus-pubienne, cette opération est l'œuvre de M. Poncet et de ses élèves.

C'est lui, qui le premier la décrivit, en 1892-93; Coignet en fit le sujet de sa thèse en 1893. Depuis, M. Poncet y revint à plusieurs reprises, ainsi que ses élèves, X. Delore (99), Laplanche (th. de Lyon 1899). Plus récemment, enfin, à l'Acad. de Méd. (déc. 99), il en exposa les résultats éloignés; il vient d'en donner une étude complète dans un excellent ouvrage fait en collaboration avec M Delore et auquel nous empruntons les éléments de cet article.

De quelque manière qu'on traite le rétrécissement de l'urèthre, la sténose tend presque toujours à se reproduire, ce qui oblige les malades à recourir à une dilatation régulière. Toutes les opérations pratiquées contre les rétrécissements uréthraux, donnent des résultats immédiats, mais souvent de peu de durée; il existe des cas rebelles, incurables, justiciables d'une autre méthode thérapeutique, l'uréthrostomie périnéale, dont les indications découlent des contre-indications des méthodes usuelles de traitement des rétrécissements, soit que ces méthodes thérapeutiques paraissent, d'emblée insuffisantes, soit, qu'employées à diverses reprises, elles aient été impuissantes à prévenir les récidives, à guérir les rétrécis.

La conservation *ad integrum* de la fonction urinaire comme miction n'est pas toujours possible. Vouloir, envers et contre tout, la maintenir dans son intégrité, c'est s'exposer à de graves mécomptes, c'est jouer, parfois, avec des accidents urinaires qui, après un temps plus ou moins long, donnent lieu à des complications mortelles.

La première catégorie de malades, chez lesquels le méat périnéal est indiqué, sont les récidivistes des diverses uréthrotomies, uréthrectomies; l'insuffisance de ces opérations est une indication de recourir à une autre intervention. En effet, le plus souvent ces malades sont des ouvriers, qui, obligés de travailler pour vivre, négligent la dilatation qu'ils sont d'ailleurs incapables d'employer régulièrement.

Dans d'autres cas, l'uréthrotomie est impossible du fait de la nature du rétrécissement, de son épaisseur ou de son étendue surtout. L'uréthrostomie est particulièrement indiquée dans les rétrécissements traumatiques avec destruction de l'urèthre sur une grande étendue. De même, dans les rétrécissements multiples et dans les cas où le canal est diminué de calibre et véritablement rétréci sur toute sa longueur.

Sont encore justiciables de l'urétrostomie, certains rétrécissements inflammatoires d'origine blennorrhagique, qui donnent lieu à une véritable sténose totale de l'urètre et qui ont résisté, récidivé après, souvent, plusieurs urétrotomies, suivies, cependant, de dilatation progressive, continue (rétrécissements multiples, scléreux, invétérés, en un mot *incurables*).

Des faits de ce genre ne sont pas exceptionnels. On les observe particulièrement chez des sujets à méat, canal étroits, et chez lesquels une tendance individuelle à la sclérose se trouvait accrue par les faibles dimensions congénitales du calibre de l'urètre.

On s'adressera encore à l'uréthrostomie, lors d'accidents graves du côté des voies urinaires supérieures; c'est la seule opération qui mette au repos l'appareil urinaire, sans traumatisme, ni du côté de l'urèthre, ni du côté de la vessie infectée et distendue. Cette opération sera d'autant plus légitime que très souvent il s'agit de malades âgés et cachectiques.

Parmi les rétrécis, de quelque nature et de quelque étendue que soit la sténose, accompagnée, ou non, de lésions ascendantes, on rencontre des sujets qui ne supportent pas le cathétérisme. Ne pouvant dilater leur rétrécissement, ils sont dans l'impossibilité de conserver un résultat acquis par une uréthrostomie.

Il en est même qui après l'uréthrostomie, ne peuvent garder une sonde à demeure, fût-ce vingt-quatre ou quarante-huit heures. Les accès de fièvre urineuse, des douleurs vives, continues, obligent bientôt à enlever la sonde, lorsque le malade lui-même ne l'a pas arrachée. Il s'agit d'uri-

Digitized by Google

naires, éminemment irritables, d'une susceptibilté spéciale.

Toute opération conservatrice est donc, à peu près fatalement, suivie chez eux d'une récidive. Il faut réserver à ce système une place dans le groupe des urinaires justiciables de la périnéostomie.

D'autres lésions, que les rétrécissements seront traitées par la périnéostomie. Dans la tuberculose uréthro-prostatique, par exemple, cette opération, en mettant le canal au repos et en faisant cesser les troubles de la miction, aidera à la guérison radicale de la bacillose locale.

Le méat périnéal est encore indiqué dans les destructions étendues de l'urèthre par un traumatisme ou un corps étranger.

La coexistence, chez un rétréci, d'une hypertrophie prostatique n'est pas une contre-indication de périnéostomie. Cette association devient même une raison nouvelle d'intervenir. L'opération, du même coup, met fin aux complications du rétrécissement, et permet de lutter efficacement contre les accidents d'origine prostatique. En effet, les cathétérismes deviennent plus faciles, la vessie reprend sa tonicité, la cystite s'améliore. Mais l'uréthrostomie ne s'applique qu'aux rétrécis prostatiques, chez lesquels les accidents de sténose sont prépondérants. Elle doit céder la place à la cystostomie sus-pubienne, toutes les fois que des accidents graves, relevant de l'hypertrophie prostatique, mettent en jeu la vie des malades. Elle peut cependant, chez certains prostatiques, non infectés, rendre des services; elle simplifie, elle rend facile le cathétérisme, lorsqu'il est difficile, douloureux, dangereux, par la voie pénienne.

La périnéostomie est une opération simple; les premiers temps sont ceux de l'uréthrotomie externe, elle en diffère par les deux dernières manœuvres: section du canal perpendiculairement à sa direction, avec dissection du bout postérieur, sur une certaine hauteur, et suture des lèvres de l'orifice uréthral postérieur, avec les bords de la plaie périnéale.

La région sera préparée comme pour toute opération chirurgicale, l'urèthre sera l'objet d'une désinfection aussi parfaite que possible Les instruments nécessaires sont les mêmes que pour l'uréthrotomie externe.

Le malade étant placé dans la position de la taille, l'opérateur assis entre les cuisses avec un aide de chaque côté, l'opération est conduite de la façon suivante.

Lorsque le rétrécissement peut être franchi l'opération sera exécutée sur un conducteur métallique cannelé ou sur un conducteur filiforme; dans les rétrécissements infranchissables on introduit un cathéter métallique que l'on appuie sur la sténose et qui fait saillir la ligne médiane.

1er TEMPS : *Incision cutanée.* — Pratiquée sur le raphé périnéo-bulbaire, elle commence à 2 ou 3 centimètres au-dessus du bulbe et s'étend sur une longueur de 5 à 6 centimètres dans le sens vertical; elle intéresse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

2e TEMPS : *Incision du raphé périnéo-bulbaire.* — Cette incision doit être faite prudemment en ménageant le bulbe dans toute la longueur de l'incision cutanée. Superficielle en avant, cette incision doit être poussée en arrière sur une profondeur de 2 à 3 centimètres sans crainte de blesser aucun organe important.

3e TEMPS : *Recherche de l'urèthre. Refoulement du bulbe.* — Le bulbe reconnu avec le doigt est détaché et refoulé en avant; on arrive alors en arrière sur le cathéter introduit dans l'urèthre, et l'on dénude le canal au moyen de la sonde cannelée. Dans les rétrécissements anciens avec sclérose des tissus, cette recherche du canal est plus difficile.

4e TEMPS : *Section de l'urèthre. Dissection du bout postérieur.* — L'urèthre est fendu sur sa paroi inférieure dans une étendue de quelques millimètres; on saisit les deux lèvres avec deux pinces hémostatiques et l'on met à nu autant que possible le rétrécissement. Dès que le cathéter apparaît dans la plaie on sectionne la paroi supérieure du canal en arrière du rétrécissement. Il est alors facile de disséquer le bout postérieur sur une longueur de 10 à 15 millimètres et de le mobiliser autant qu'il est nécessaire pour l'amener en contact avec la peau. Pour éviter le rétrécissement progressif du nouveau méat il est prudent d'inciser sur une hauteur de 8 à 10 millimètres la paroi inférieure du bout postérieur à partir de la section transversale et d'avant en arrière.

5e TEMPS : *Suture méthodique des bords de l'ouverture uréthrale avec les bords de la plaie périnéale.* — Les fils traversent la paroi uréthrale à 3 ou 4 millimètres des bords de l'incision puis sont conduits à travers tous les plans de la région y compris la peau, pour sortir à 5 ou 6 millimètres des bords. On place ainsi, suivant les cas, quatre, six fils et même plus. Ces fils seront modérément serrés et l'on cherchera un affrontement aussi exact que possible.

Que doit-on faire du bout antérieur de l'urèthre et du reste de l'incision? Le plus prudent est de les laisser ouverts, ils se cicatriseront petit à petit.

Reste à introduire dans la vessie une sonde qu'on laissera six à huit jours si elle est bien supportée, qu'on enlèvera immédiatement, lors qu'elle provoquera des douleurs. On pratiquera des lavages vésicaux plusieurs fois par jour.

La plaie sera pansée à la gaze iodoformée et il sera utile de drainer la partie déclive de l'incision.

Le pansement sera renouvelé fréquemment, du moins quant aux pièces extérieures qui sont facilement souillées. Une fois la sonde enlevée on fera chaque jour deux ou trois cathétérismes uréthraux suivis de lavages.

Les fils seront enlevés du 6e au 8e jour.

Telle est la technique opératoire de la création d'un *méat définitif*; il est parfois indiqué d'établir un *méat temporaire*; toute la différence consiste à conserver la

Digitized by Google

continuité du canal, à ne pas le sectionner transversalement.

Les suites opératoires sont d'une bénignité particulière et MM. Poncet et Delore rapportent vingt-cinq observations dans lesquelles la guérison est survenue sans incident.

Cette particularité s'explique par la facilité avec laquelle se fait la miction, par la commodité des lavages de la vessie, lorsqu'ils sont nécessaires, par l'absence de sonde à demeure, de tentatives de cathétérisme, de manœuvres chirurgicales diverses dont les effets sont loin souvent, surtout chez des urinaires infectés, de répondre au but fonctionnel et thérapeutique que l'on se propose.

Opération d'absolue nécessité, l'urétrostomie périnéale sacrifie, au point de vue fonctionnel, une longueur plus ou moins grande de l'urètre de l'homme. De ce fait, elle apporte une perturbation dans les dispositions anatomiques et le rôle physiologique de ce canal.

Voyons quelles sont ces modifications anatomiques et fonctionnelles de l'état normal, et les inconvénients qui leur sont inhérents.

Le néo-méat est, chez la plupart des opérés, distant de 4 centimètres de l'orifice anal. Ses lèvres sont formées d'un tissu cicatriciel blanchâtre, dur et rétractile, constituant parfois un anneau résistant, sorte de bourrelet appréciable au toucher.

Sa forme est, tantôt celle d'une fente antéro-postérieure, *à bords* plus ou moins saillants ou de niveau avec les téguments voisins, tantôt celle d'un pertuis, à contours arrondis et plus ou moins inversés. Le méat peut être dit, dans le premier cas, *linéaire* et à *fleur de peau ;* dans le second, *punctiforme* et *infundibuliforme*.

Sa tendance rétractile exige, tout au moins, pendant les premiers temps, le passage d'une sonde de temps à autre. Cette tendance à la coarctation tend à disparaître ; elle cesse même. Dans plusieurs observations, des opérés ont abandonné toute dilatation depuis des années, sans que le nouvel orifice urétral ait subi de rétrécissement appréciable. Rien n'est plus facile, du reste, que de parer à ce danger, par l'introduction, de temps à autre, de l'extrémité d'un cathéter quelconque.

Chez les anciens opérés, les dimensions de l'ouverture périnéale étaient variables. Le calibre des sondes, qui pouvaient la franchir, variait de 12 à 20.

C'est au niveau de son orifice cutané, et là seulement, que le conduit urinaire est susceptible de se rétrécir.

Quant au canal, sa longueur est, d'après de nombreuses mensurations, de 4 centimètres environ. Dans aucun cas, il n'a été trouvé rétréci.

La miction reste volontaire. Les urétrostomisés retiennent leurs urines comme à l'état physiologique habituel, et cette constatation ne saurait étonner, puisque l'opération n'intéresse en rien le sphincter vésico-prostatique.

La projection des urines a lieu avec une force variable, suivant les sujets, mais toujours à plein méat. Le jet a l'exacte apparence du jet d'urine chez la femme. Transformé en hypospade périnéal, généralement l'opéré ne peut plus désormais uriner que dans la position accroupie. La miction le long des murs, dans les urinoirs publics, n'est plus possible pour lui.

Veut-il uriner dans la situation verticale, l'urétrostomisé ne le pourra, la plupart du temps, qu'à la condition de placer un vase entre les cuisses, le scrotum relevé en avant.

Il peut sembler, *à priori*, que cette déviation fonctionnelle doive constituer une véritable infirmité, que l'opéré ne supportera pas sans tristesse, et qui pourra agir péniblement sur son moral.

Il n'en est heureusement rien, ainsi qu'il résulte d'une enquête faite auprès de chacun d'eux. Et, à ce point de vue, leur mentalité est assez humoristiquement résumée par cette réflexion de l'un d'eux qui estime que « le tuyau est toujours assez long, pourvu qu'il soit en bon état, et que c'est un médiocre plaisir de se voir uriner par le bout de la verge, quand il faut se donner tant de peine et tant souffrir. » (Laplanche).

Les méatisés périnéaux, du reste, auxquels on a, dans la suite, proposé une intervention ayant pour but de les faire uriner par leur ancien méat, ont refusé catégoriquement, rappelant ainsi l'état d'esprit de certains fistuleux urétraux, auquel ont fait allusion, MM. Verneuil, Kœberlé et Sévéreanu, Congrès de chirurgie (Paris, 1893). Chez ces sujets, une sorte d'urétrostomie périnéale spontanée était survenue à la suite d'accidents inflammatoires. Ils urinaient, depuis lors, par leur fistule, et aucun d'eux ne voulait entendre parler de la fermeture de son nouveau méat.

En somme, il résulte, de l'avis même des urétrostomisés, que leur mode spécial d'urination ne constitue qu'un faible inconvénient, d'ordre social, et non une imperfection d'ordre physiologique, une infirmité proprement dite.

Quant à la fonction génitale, elle est gravement compromise, par suite de l'impossibilité de la fécondation, suivant son mode habituel. L'éjaculation se faisant, en effet, derrière le rideau scrotal, le liquide spermatique est expulsé au dehors.

Une telle déviation physiologique a une haute importance que l'on ne saurait méconnaître. Aussi, n'a-t-on jamais pratiqué l'urétrostomie que chez des sujets mis au courant du résultat fonctionnel cherché par l'opération, et des conditions fâcheuses dans lesquelles ils seraient placés, particulièrement au point de vue de la fécondation.

Cette considération visant la conservation de l'espèce, a toujours, chez eux, cédé devant l'accomplissement possible, régulier, de la fonction, et, fait qu'il importe de signaler, aucun de ces anciens opérés n'a, dans la suite, établi de parallèle entre son état urinaire, devenu non douloureux, satisfaisant, normal en tant qu'évacuation parfaite de la vessie par un méat artificiel, et les inconvénients, les desiderata de l'éjaculation faussée dans sa direction.

Digitized by Google

A cet égard, la mentalité des anciens urétrostomisés s'explique assez volontiers. Tous avaient naturellement conservé leur ancienne virilité, les érections étaient devenues ou restaient normales ; enfin, comme auparavant, l'éjaculation s'accompagnait des sensations spéciales qui la précèdent et l'accompagnent.

Il est possible, dans une certaine mesure, tout au moins, de parer à cette déviation du liquide spermatique.

Il suffit pour cela, comme Poncet l'a pratiqué chez quelques sujets, alors que l'urètre pénien n'était pas irrémédiablement compromis, de ne pas, lors de l'opération, sectionner le canal dans toute son épaisseur et perpendiculairement à sa direction. Il faut se contenter d'une simple urétrotomie externe, qui conserve la continuité du canal, mais en ayant soin, pour obtenir un méat contre nature, de suturer les bords de l'urètre simplement incisé sur sa paroi inférieure, avec ceux de la peau.

L'urine, le sperme peuvent alors passer, en partie, par l'ancien et le néo-méat.

En résumé, la périnéostomie a donné d'excellents résultats immédiats et définitifs : c'est donc une méthode thérapeutique qui peut être d'un précieux secours dans les lésions et les rétrécissements incurables de l'urèthre, et qu'à l'avenir on ne devra pas négliger.

Sans doute, comme le dit Poncet, la création d'un méat périnéal est la banqueroute partielle d'une fonction, mais, en pareille occurrence, on doit toujours en revenir à la réflexion si juste, si topique de Diday *qu'il faut tout d'abord conserver le fonctionnaire* ».

Formulaire du Praticien

Traitement de l'entérocolite muco-membraneuse chez l'adulte. — Il faut distinguer 3 formes : la forme chronique, les paroxysmes et les formes fébriles.

Dans la forme chronique, il faut déjà insister sur le régime alimentaire et combattre sans relâche l'atonie intestinale et pour cela utiliser la graine de lin, les graines de psyllium, l'huile de ricin à la dose de 1 à 2 cuillerées à café le matin au réveil, dans du cassis. L'huile de ricin est certainement le meilleur laxatif, mais il est bon d'avoir à sa disposition des succédanés. M. G. Lyon, dans une intéressante monographie sur cette question, donne les formules suivantes comme les meilleures :

1° Magnésie calcinée ..... } àà 20 grammes
Soufre lavé ..... }
Crème de tartre ..... }

Une cuillerée a café avant chaque repas *(G. Sée)*.

2° Réglisse en poudre ..... } àà 12 grammes
Follicules de séné pulvérisés et épurés par l'alcool ..... }
Soufre lavé ..... } àà 6 grammes
Poudre de fenouil ..... }
Sucre en poudre ..... 36 —

Cette poudre porte le nom de poudre de réglisse composée.

3° Extrait d'hydrastis canadensis. 1 gramme
Follicules de séné pulvérisés... 4 —

Pour 20 pilules, une à chaque repas.

4° Podophillin ..... 0 gr. 02
Cascara ..... 0 — 10
Extrait de belladone ..... 0 — 01

Pour 1 pilule à prendre le soir.

5° Podophillin ..... } àà 0 gr. 40
Euonymine ..... }
Extrait de belladone ..... 0 — 20
Extrait d'hydrastis canadensis. 1 gramme

Pour 20 pilules, une ou deux au dîner.

Il est bon de savoir que quelques-unes de ces préparations donnent des coliques. Les lavements, les suppositoires glycérinés, le massages seront souvent indiqués. S'il y a des ptoses, on fera porter des ceintures de soutien. On a successivement préconisé les antiseptiques, puis l'ichthyol comme décongestif (Bourget). Revilliod conseille le lavement au bismuth :

Mucilage de pépins de coings. 500 grammes
Sous-nitrate de bismuth ..... } àà 10 —
Salicylate de bismuth..... }

Chéron a vanté l'acide picrique en lavements à 1/120, Charrin le nitrate d'argent à 0,20 p. 1000. Les lavages de l'intestin rendent parfois de réels services. Ces entéroclyses peuvent être faites soit avec de l'eau bouillie pure, soit qu'on ajoute par litre un paquet de :

Bicarbonate de soude..... 5 grammes
Salicylate de soude..... 1 —

Fleiner recommande les grands lavements huileux.

A l'intérieur, on recommande les calmants, et la belladone trouve ici une excellente indication :

Extrait de belladone..... } àà 0 gr. 01
Poudre de belladone..... }

Pour une pilule. — En prendre une le matin et une e soir.

M. Mathieu préconise le menthol selon la formule suivante :

Menthol.. ..... 0 gr. 20
Alcool ..... Q. S. pour dissoudre
Sirop simple..... 25 grammes
Eau ..... 100 —

Il convient également de traiter les troubles gastriques, et de surveiller avec soin l'état général par tous les moyens connus.

Dans les crises douloureuses paroxystiques, il est absolument nécessaire de préconiser le repos au lit, les applications de compresses chaudes, l'emploi de la belladone à l'intérieur et même les injections de morphine. Lors des poussées aiguës fébriles, il faut mettre le malade au régime lacté absolu, administrer des purgatifs salins, et pratiquer des lavages de l'intestin avec une solution étendue de nitrate d'argent. — S. R.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

RÉPERTOIRE DE FORMULES

L'apiol (1). — Sous le nom d'apiol, on trouve dans le commerce trois produits de composition différente :

1° *L'apiol distillé.* On désigne ainsi l'essence de fruits de persil, d'une saveur aromatique piquante, Sa densité (1,051) augmente peu à peu à mesure que l'oxydation se poursuit; elle est très soluble dans l'alcool et dans l'éther. Elle se compose d'un terpène, le pinène et d'un dérivé phénolique, l'apiol cristallisé;

2° *L'apiol vert*, extrait alcoolique repris par l'éther, de séminoïdes de persil : liquide de consistance huileuse, vert, sa densité = 1,06 ; il contient, outre l'essence, de la chlorophylle, des matières grasses et cireuses, une petite quantité de résines provenant de l'oxydation de l'essence.

Débarrassé, à l'aide du noir animal et de la litharge, de la chlorophylle et des matières grasses, il constitue l'apiol des officines françaises, liquide huileux, de couleur jaune or.

3° *L'apiol cristallisé* (camphre de persil), corps chimiquement défini; c'est l'éther méthylénique d'un phénol.

Le nom d'apiol devrait être réservé pour ce dernier produit, les deux premières sortes d'apiol constituant en réalité des préparations galéniques.

L'apiol cristallisé s'obtient en soumettant à une forte réfrigération l'essence de persil; il se présente sous la forme de petits cristaux inodores à saveur légèrement camphrée : insolubles dans l'eau, solubles dans l'alcool, l'éther acétique, l'acide acétique, les corps gras.

C'est un emmenagogue qu'on emploie à la dose de 90 centigrammes par jour, par doses fractionnées de 30 centigrammes, un antipériodique dont on use à la dose de 4 grammes par jour par fractions de 1 gramme; on peut l'associer dans ce cas au cinéol qui constitue la majeure partie des essences d'encalyptus, de semen contra et de fougère mâle, de la façon suivante :

Apiol cristallisé	20 centigrammes
Cinéol.....	10 —
Huile d'amandes douces ...	20 —

F. s. a. 1 capsule. — A prendre 10 capsules par jour.

L'extrait éthéro-alcoolique et l'essence se donnent à la dose de 15 à 25 centigrammes comme emménagogue matin et soir, à la dose de 1 à 2 grammes en 2 fois comme antipériodique. A. G.

Formules pour l'administration de l'orthoforme (Bardet) :

Orthoforme.....	5 grammes
Ether sulfurique.....	Q. S. pour dissoudre
Huile d'amandes douces	20 grammes

Pour un liniment.

Oxyde de zinc.....	ãã 20 grammes
Huile d'amandes douces	
Cerat blanc...	
Baume du Pérou.....	X gouttes
Orthoforme.....	10 grammes

Pour une pommade en applications locales. — S. R.

(1) Extrait du *Bulletin des sciences pharmacologistes*. (A. Brissemoret.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La médication bromurée dans l'épilepsie. — Pour lutter contre la tendance de l'écorce cérébrale aux paroxysmes du mal caduc, il n'y a point de médicament plus fidèle que le bromure, sous l'une ou l'autre de ses formes, mais il faut choisir la préparation bromurée et l'administrer d'une certaine façon. Voici ce que conseille M. Maurice de Fleury (*Soc. thérap.* 1900 :

« 1° *Choix de la préparation bromurée.*— Dans les observations sur lesquelles s'appuie cette communication, j'ai surtout fait usage du classique bromure de potassium, aussi pur que possible, ou de la préparation tribromurée, dont Erlenmeyer a donné le premier la formule en 1881.

Bromure de potassium	ãã 2 parties.
Bromure de sodium.....	
Bromure d'ammonium.....	1 partie.

Actuellement, je donnerais la préférence au bromure de strontium, ou bien encore au bromure de sodium, donné à la façon de MM. Charles Richet et Ed. Toulouse, selon les principes de la méthode qu'ils ont appelée « métatrophique ». On sait qu'ils soumettent leurs malades à un régime alimentaire tel que les cellules de leur économie soient bientôt dépouillées du chlorure de sodium, dont se gorgent avidement les éléments cellulaires privés de sels de soude. J'ai déjà dit que la conception théorique de MM. Richet et Toulouse me paraît sujette à discussion. Il n'en est pas moins vrai qu'en fait, leur méthode donne des résultats excellents, dont nous devons le bénéfice à nos malades.

« 2° *Doses quotidiennes.* — La plupart des épileptiques dont j'ai pris en main le traitement, avaient été soumis déjà à la médication bromurée ; le plus grand nombre prenait par jour de 4 à 6 grammes de Kbr , quelques-uns avaient absorbé quotidiennement des doses de 8, 10 et 12 grammes. Grâce à la méthode que nous avons employée au bout de quelques jours, nous avons été obligés de ramener nos comitiaux à des doses de beaucoup moindres. Tel épileptique qui tolérait fort bien 5 à 6 grammes de bromure, était pris de phénomènes de bromisme extrêmement intenses, alors même qu'on ne lui donnait que 4 grammes. Il nous fallait le maintenir à la dose de 3 grammes pour lui épargner l'abrutissement caractéristique, et cette dose suffisait largement à tenir le mal en respect, alors que quelques jours avant, la dose double était indispensable. Au total, je puis dire que — pour obtenir des résultats inespérés et certainement supérieurs aux moyennes courantes, nous avons usé en moyenne deux ou trois fois moins de bromure qu'on a coutume de le faire.

« Cela n'est pas sans importance. On sait, en effet, com-

Digitized by Google

bien la médication bromurée tend à ralentir la nutrition, à abaisser le taux des échanges, à atténuer l'intensité vitale. Sans doute, elle épargne aux malades la fatigue profonde et l'usure cellulaire que lui causent les crises, et c'est là un très grand bienfait. Mais, à cette série de violentes décharges nerveuses, de grands épuisements subits, elle substitue un appauvrissement continu, un état de langueur vitale, et une déchéance intellectuelle dont on ne peut ne pas tenir compte.

« Aux doses ordinairement suffisantes pour enrayer d'intenses paroxysmes, le bromure détermine une série de phénomènes qu'il faut éviter. Ce sont de l'obnubilation des organes des sens, de l'anesthésie de la muqueuse pharyngée et de la peau, du ralentissement de la respiration et du cœur qui bat plus mollement et d'une manière irrégulière, de la baisse de la tension artérielle avec vaso-constriction périphérique et refroidissement des extrémités, et même, diminution assez sensible de la température centrale. La force dynamométrique décroît, les sécrétions tendent à se tarir ; la bouche est sèche et le sens génital amoindri. Rabuteau a constaté que, la quantité et la qualité des aliments demeurant la même, il y a dans l'urine moins d'urée. Schulze a noté un abaissement du chiffre de l'acide phosphorique éliminé. La parole est traînante, empâtée, difficile, à la fois par défaut de mémoire, d'évocation des mots et par articulation paresseuse ; on cite quelques cas de véritables aphasies bromiques. L'intelligence est embrumée, l'association d'idées languissante, la mémoire paralysée, l'attention indifférente. Le bromure supprime si bien toute activité cérébrale qu'il est, en somme, un de nos meilleurs hypnotiques. On sait, depuis Sokolowski, qu'il détermine l'anémie de la substance cérébrale. Albertoni a démontré que le bromure donné à dose suffisante, supprime chez le chien la possibilité de déterminer l'attaque expérimentale que produit ordinairement la faradisation de la zone dite motrice. Fait particulièrement intéressant, Gubler a vu, et j'ai vu comme lui, le bromure déterminer, de la manière la plus nette, de la mélancolie dépressive avec scrupules et demi-délire des persécutions, chez des paralytiques généraux précédemment atteints de la folie des grandeurs.

« J'ai recueilli, chez quelques-uns de mes épileptiques, les chiffres juxtaposés des doses de bromure progressivement croissantes et décroissantes, du nombre des pulsations, de la force dynamométrique, du seuil de la sensibilité et de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine. Dans un cas, j'ai recueilli les variations du pouls capillaire.

« D'après ces tracés, on peut voir que le bromure agit sur l'intensité vitale et l'activité nutritive comme agit, beaucoup plus promptement, la crise convulsive. Le graphique d'un bromuré rappelle de tout près le graphique d'un comitial dans les heures qui suivent l'attaque : c'est la dépression, la torpeur de tous les organes, c'est le cerveau inexcitable, rendu impropre au paroxysme; mais c'est aussi un véritable état de déchéance fonctionnelle, de misère physiologique.

« Il arrive un moment où cette misère est assez profonde pour que s'appauvrissent à leur tour la fonction d'assimilation, et celle d'élimination qui sont aussi sous la dépendance de l'activité nerveuse Non seulement, alors, l'organisme se débarrasse mal de ses toxines, mais encore le bromure lui-même, du fait de sa propre action sur les centres nerveux, s'élimine insuffisamment, et, du même coup, s'assimile fort mal. C'est, en effet, une loi générale de physiologie thérapeutique que mieux un organisme élimine un médicament et plus ce médicament agit avec intensité. Quand le mercure traverse promptement l'organisme d'un syphilitique, il agit beaucoup mieux contre la maladie. C'est que le bienfait d'une drogue, de même que la nocivité d'un microbe ou d'une toxine, ne dépendent pas simplement de l'intensité et de la dose de l'agent thérapeutique ou pathogène, mais aussi, pour une bonne part, de l'état actuel de force ou de faiblesse de l'organisme qui les reçoit. On peut affirmer que, presque toujours, quand cet organisme est à l'état de vitalité haute, il y a à la fois forte assimilation et prompte désassimilation du médicament ingéré.

« J'ai vu des épileptiques qui, tout d'abord, éliminaient par l'urine une grande partie du bromure ingéré, en éliminer de moins en moins à mesure qu'on en augmentait les doses ; et pourtant ces malades avaient dans ces temps-là des rechutes d'attaques, certainement parce que les doses dont on les saturait s'absorbaient imparfaitement dans l'intimité des tissus.

« Mais si, à ce moment, on fait intervenir un agent mécanique de stimulation nerveuse, modérément et méthodiquement employé, on voit, à mesure que se relèvent la force physique et la vigueur intellectuelle du patient, le bromure redoubler d'activité, et du même coup s'éliminer beaucoup plus promptement.

MM. Marinesco et Sérieux ont fait cette constatation pour la douche froide et je l'ai constaté à mon tour avec tous les moyens de stimulation mécanique du système nerveux central : bains salés, frictions à la peau, étincelles de la machine statique, massages, inhalations d'oxygène, etc. Mes recherches ont surtout porté sur l'association du bromure et des injections hypodermiques de solutions salines à petites doses.

« Il se trouve que contrairement à l'hypothèse qui vient naturellement à l'esprit, une médication tonique méthodiquement associée à la médication antispasmodique, n'en contrarie pas les effets. Il semble que ces deux contraires devraient s'annihiler; loin qu'il en soit ainsi, la médication stimulante multiplie incontestablement l'action du bromure, tout en laissant bénéficier le sujet du rehaut général de tonus qu'elle apporte. Je considère donc comme une condition importante l'association des bromures à l'hydrothérapie, aux bains salés, aux frictions sèches, à la douche statique, aux massages, et surtout aux injections de solutions salines concentrées, à petites doses, qui m'ont donné des résultats de premier ordre. C'est un moyen tout à fait

Digitized by Google

fidèle d'obtenir une assimilation infiniment plus complète du médicament dont il n'est plus utile de donner que des doses très modérées.

« 3e *Mode d'administation du bromure.* — A quelles heures faut-il administrer le médicament anticomitial? c'est encore une question dont il faut dire un mot.

Règle générale, le bromure fait moins de mal à l'estomac et agit mieux quand on le donne enrobé dans les aliments. Si donc le malade a des crises à n'importe quelle heure du jour, prescrivez la préparation bromurée par fractions réparties à chacun des repas et conseillez d'en faire quatre dans le jour. Il faut en effet ne pas oublier que cette drogue s'élimine vite et que sa protection ne s'étend guère au delà de cinq à six heures. Si, comme il arrive fréquemment, les accès sont nocturnes, je crois très sage de donner la dose entière en une seule fois au moment du sommeil. Souvent même il m'arrive de conseiller aux parents de donner une cuillerée de potion à l'heure plus tardive où ils se couchent, vers minuit par exemple. Les enfants, sans s'éveiller complètement, prennent la drogue, et l'on peut maitriser ainsi les attaques nocturnes sur lesquelles agit mal le bromure donné aux quatre repas du jour comme nous le disions tout à l'heure.

« 4e *Adjuvants nécessaires.*— Nous venons de voir que la médication tonique, et notamment les injections salines, employées concurremment avec la médication bromurée, présente le grand avantage de multiplier l'action anticonvulsive, tout en épargnant aux malades la misère physiologique. On sait qu'un organisme est généralement d'autant plus excitable qu'il est plus faible; à elles seules, les stimulations douces et progressives du système nerveux procurent une amélioration, en donnant au cerveau plus de stabilité, plus de résistance au agents provocateurs des accès.

« J'ai été conduit à en faire usage chez les comitiaux, d'après le fait d'observation clinique de Pasteur et G. Ballet que l'injection de sérum antirabique déterminait une amélioration de l'épilepsie. Comme ce sérum n'agissait pas comme spécifique, je lui substituai le sérum de Chéron, associé à la médication bromurée.

Ces injections agissent en renforçant la tonicité cardiaque, en relevant la pression sanguine. En effet, la plupart des médicaments cardiaques rendent plus ou moins service aux comitiaux.

« Dès 1877, le Dr Sturges, conseillait l'emploi de la digitale associée au bromure. En 1887, le Dr Lemoine publia sur les *Épilepsies d'origine cardiaque* un mémoire où plusieurs faits intéressants furent groupés. Plus récemment enfin, Betcherew (de Saint-Pétersbourg) et ses élèves ont insisté à plusieurs reprises sur les vertus curatives de l'*Adonis vernalis*, de la digitale, etc., dans le traitement du mal caduc.

De même que l'injection de sérum, l'*Adonis* et la digitale (qu'avait déjà recommandé Duclos, de Tours), renforcent la contraction myocardique, déterminent de la polyurie, favorisent l'élimination des toxines, et permettent de n'employer que des doses relativement faibles de Kbr. (3 à 5 grammes, selon la formule habituelle de Betcherew). L'injection saline a sur tous les médicaments cardiaques le gros avantage de n'être point une drogue toxique, mais simplement un stimulant mécanique du système nerveux, que l'on peut proportionner chaque jour aux besoins du malade et qui permet de le surveiller de très près. Il est inutile d'ailleurs d'en prolonger indéfiniment l'usage. Après une cure intensive de quatre à six semaines environ, pendant lesquelles je maintiens mes malades sur les confins de la saturation bromurée, il est habituellement possible de les livrer à eux-mêmes; ils se contentent d'entretenir par des frictions sèches, des douches, des bains salés ou du massage, le bénéfice acquis. Ils en arrivent promptement à pouvoir, sans inconvénient, diminuer leurs doses de bromure et à se débarrasser des pratiques gênantes ou ostensibles de la cure.

« Il est de règle que les injections sous-cutanées de solutions salines améliorent de la manière la plus nette le caractère des comitiaux et leur état mental. Presque tous mes malades sont devenus moins tristes, moins paresseux et moins colères, d'esprit plus ouvert, d'intelligence plus lucide; on voyait d'une semaine à l'autre leur mémoire et leur attention volontaire faire des progrès incontestables. C'est le contraire qui arrive quand on ne fait usage que du bromure à hautes doses.

« Mais l'obnubilation intellectuelle et le ralentissement de la nutrition ne sont pas les seuls inconvénients de la bromuration intensive. Le médecin doit encore compter avec les éruptions cutanées, les troubles digestifs, et notamment l'haleine bromurée. On tend à admettre aujourd'hui, avec raison je crois, que les accidents cutanés ne font que trahir le mauvais fonctionnement de l'intestin. Il est certain que si l'on met des épileptiques à un régime alimentaire qui ne permette point les fermentations anormales, tous ces accidents, assez gênants en somme, diminuent dans de notables proportions. M. Féré a vu combien l'association des antiseptiques intestinaux au Kbr. rend service à ce point de vue; M. le professeur Raymond a coutume de prescrire à ses comitiaux le naphtol associé au salicylate de bismuth. C'est une excellente méthode. Mais j'avoue lui préférer encore le régime dont nous avons déjà longuement parlé, associé aux lavages d'estomac et de l'intestin. Si, malgré tout cela, l'haleine bromurée persiste, quelques cuillerées doubles de la potion de Rivière aideront à en venir à bout. »

Sur l'huile de foie de morue phosphorée. — Une récente expertise médico-légale, où un de nos confrères fut poursuivi sous l'inculpation d'intoxication par l'huile de foie de morue phosphorée, nous engage à faire connaître à nos lecteurs ce qui fut débattu à ce sujet pour l'administration du phosphore.

Digitized by Google

L'enfant intoxiqué aurait pris 90 gr. d'huile phosphorée dont le titre était, par suite d'une erreur :

Phosphore.....	0 gr. 950
Huile.....	1.000 grammes

Or cette dose est 10 fois trop forte.

Bouchardat donne comme dose de 1 à 10 mmgr.

Trousseau — — 10 mmgr.

et tous deux insistent sur les dangers de la médication phosphorée.

Les formulaires suivants donnent les *chiffres maxima* ci-dessous :

Formulaire des hôpitaux militaires franç. : 0,01 centigr.

Pharmacopée belge : 0,001 en 1 fois, 0,005 en 24 heures.

— allemande id. id.

Et pour un enfant de 10 ans, ces doses doivent être réduites au 1/4, soit :

F. H. M. : 0,0025 ; 0,00025, en 1 fois — (Ph. belge) 0,00125, en 24 heures.

La dose la plus élevée qui soit autorisée est donc 2 mm. 5.

Le phosphore a une toxicité considérable : on a vu, dit Hugounenq, un malade succomber après ingestion de 50 milligrammes ; mais c'est là un cas exceptionnel. D'après Chapuis, 150 à 300 milligrammes suffisent pour donner la mort à un adulte. Si on réduit ces doses au 1/4 comme on le fait pour les médicaments, lorsqu'il s'agit d'un enfant de 10 ans, on trouvera que la dose de 12 mmgr. 5 peut être mortelle, d'après Hugounenq, 37 mmgr. 5 d'après Chapuis.

Au point de vue des doses de phosphore, MM. Brouardel et Vibert l'évaluent pour un enfant de 10 ans à 1/2 de la dose d'un adulte, se basant en cela sur les deux barèmes de Gaubius et de Young. D'après Gaubius, la dose de l'adulte étant 1, celle d'un enfant de 7 ans est 1/3, et d'un enfant de 7 à 13 ans de 1/2. Avec la formule Young, on obtient pour un enfant de 10 ans $\frac{10}{10 + 12} = 0,45$.

La plus petite dose mortelle de phosphore chez un adulte est de 50 milligrammes. Elle serait donc de 25 milligrammes pour un enfant de 10 ans. Mais la plus petite dose mortelle constitue toujours des cas exceptionnels. En réalité, le phosphore est souvent toléré à doses beaucoup plus élevées. Billroth l'aurait prescrit à la dose quotidienne de 2 à 3 milligrammes. Monti aurait administré impunément, pendant 3 semaines, 7 milligrammes de phosphore à un enfant de 16 mois. Lop (de Marseille) emploie la formule de Kassowitch, et donne 1 milligramme de phosphore par jour aux rachitiques dont l'âge est compris entre 16 mois et 4 ans 1/2.

Voici la formule de Kassowitch :

Phosphore.....	0 gr. 01
Huile de foie de morue.....	1.000 grammes
Saccharine.....	0 gr. 10

D'autre part, dans les cas personnels de Jaks, la plus petite dose mortelle a été de 0 gr. 15. D'après Kobert, 15 milligrammes peuvent occasionner une intoxication grave.

On voit donc par là qu'il régne quelque peu d'incertitude sur la manière d'administrer le phosphore, et il vaudra mieux, dans l'immense majorité des cas, s'abstenir de l'administrer. — M. D.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement du paraphimosis par la circoncision d'urgence. — On dit qu'il y a paraphimosis lorsque le prépuce porté en arrière du gland ne peut plus être ramené en avant ; les causes en sont multiples ; souvent, en effet, il succède à la masturbation chez l'enfant, tandis que chez l'adulte porteur auparavant d'un phimosis congénital ou acquis, il reconnaît soit une cause mécanique (coït avec une femme vierge ou au vagin étroit), soit une cause inflammatoire (excoriations, herpes, blennorrhagie, syphilis, chancre mou).

La thérapeutique de cette affection doit être active, car des complications sérieuses peuvent survenir. De nombreux procédés ont été conseillés ; un des premiers est la réduction manuelle, qui est très simple et réussit souvent. Dans les cas où elle est impossible on a recours au débridement qui consiste à faire une incision perpendiculairement à la rainure de l'étranglement, afin de sectionner l'anneau. La réduction est alors des plus simple, mais il est nécessaire de faire plus tard la circoncision. Le débridement peut se faire de dedans en dehors. Le Dr Peltre, dans sa thèse inspirée par M. Legueu (Paris 99), propose un procédé définitif : la circoncision immédiate. Cette méthode est rapide, d'une exécution facile grâce à l'emploi de la cocaïne, elle est de plus radicale. Elle est indiquée dans tous les cas de paraphimosis vrai, c'est-à-dire lorsqu'on a affaire à des malades, porteurs d'un phimosis assez étroit, chez lesquels le coït ou la masturbation ont déterminé la formation d'un paraphimosis sans que celui-ci soit accompagné de complications quelconques ; elle est contre indiquée dans le paraphimosis compliquée de chancres mous. M. Legueu recommande la suture en surjet, mais il fait trois surjets occupant chacun un tiers de la circonférence.

De l'aspiration des corps mous de la vessie. — Il existe fréquemment dans la vessie des corps mous tels que des caillots, des fausses membranes, des masses néoplasiques, des corps étrangers, qui peuvent engendrer un certain nombre d'accidents, dont le plus fréquent est la rétention d'ordre mécanique, par obstruction de l'urèthre. De plus, ces corps mous peuvent s'infecter ; dans d'autres cas, l'infection existait antérieurement, mais les phénomènes infectieux deviennent plus intenses par le séjour d'une fausse membrane putréfiée. Enfin la rétention et la congestion vésicale peuvent devenir l'origine d'hémorrhagies persistantes.

Le Dr Lamard (Th. Paris 99) propose comme moyen de traitement l'aspiration, opération facile qui ne nécessite

Digitized by Google

que l'emploi d'une sonde rigide de gros calibre, et de la seringue de Guyon. Dans certains cas on laissera une sonde à demeure.

Ce procédé peut d'ailleurs servir au diagnostic en éclairant sur la nature du corps étranger.

L'auteur en a obtenu de bons résultats contre les accidents de rétention ; l'aspiration lui a toujours réussi pour l'extraction des caillots quels qu'aient été leur volume, leur nombre et leur origine, mais il avoue qu'elle peut échouer contre les fausses membranes volumineuses.

De plus elle atténue les phénomènes d'infection, à condition de traiter la cystite antérieure.

En cas d'hématurie, loin d'aggraver l'hémorrhagie, l'aspiration répétée la fera cesser.

C'est donc une méthode capable de rendre de réels services dans de nombreux cas, aussi mérite-t-elle de prendre place dans la thérapeutique urinaire. — J. H. M.

CLINIQUE MÉDICALE

De la tachycardie paroxystique. — M. Henschen critique l'opinion selon laquelle la tachycardie paroxystique serait une névrose et une maladie bien définie *sui generis*. D'abord, pour M. Henschen, le mot *névrose* ne sert qu'à cacher l'ignorance des causes intimes d'une maladie. Si l'on dit que c'est une névrose du pneumogastrique, on affirme que l'excitation ou la paralysie de ce nerf *est la* cause première. Contre cette affirmation, on peut dire, en s'appuyant sur un travail très minutieux de Martius, que l'on a trouvé des altérations ou des tumeurs de ce nerf seulement dans un certain nombre de cas de tachycardie paroxystique ; mais dans la tachycardie paroxystique essentielle on n'a rien trouvé du tout dans ce nerf. On peut dire aussi qu'une paralysie du pneumogastrique n'explique pas un symptôme presque *constant* qu'on trouve dans la tachycardie essentielle, c'est-a-dire la *dilatation aiguë du cœur*.

Martius n'est pas allé plus loin. Il ne pense pas qu'une altération anatomique du myocarde soit la cause de cette dilatation aiguë. Pour lui, ni le pneumogastrique, ni le myocarde n'étaient en cause. Celle-ci restait enveloppée de mystère. Il est vrai qu'au temps où Martius écrivait son travail, aucune autopsie n'avait été faite d'un cas *pur* de tachycardie paroxystique.

Si l'on veut faire de la lumière sur la pathogénie de tachycardie paroxystique essentielle, il faut étudier l'étiologie de chaque cas et mettre à profit les résultats donnés par l'étude de la dilatation aiguë du cœur.

M. Henschen rappelle alors qu'il résulte de ses travaux, que la dilatation aiguë du cœur peut être l'effet d'un surmenage physique ou d'une intoxication de nature infectieuse ou autre. Quand le cœur se dilate, la fréquence peut ou diminuer ou augmenter jusqu'à 140 et 160. Dans ces cas, on trouve généralement sous le microscope des processus dégénératifs ou inflammatoires dans le myocarde. Si la maladie aiguë guérit, il persiste des altérations du myocarde sous forme de foyers de dégénérescence qui diminuent l'élasticité du cœur et facilitent une dilatation aiguë.

Parmi les maladies aiguës qui provoquent surtout les myocardites et les dilatations aiguës, il faut mentionner en premier lieu le rhumatisme articulaire aigu, la diphtérie, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la grippe.

Si l'on étudie les observations de Martius, on trouve que dans la plupart des cas, l'une quelconque de ces maladies a précédé les attaques de tachycardie paroxystique. On a donc le droit de supposer que des altérations anatomiques du cœur existent dans la tachycardie paroxystique, que ces altérations sont la cause provisoire de la tachycardie qui n'est qu'une manière de réagir du cœur contre sa dilatation. Cela ne veut pourtant pas dire que la tachycardie ne puisse pas être un réflexe et que les nerfs ne servent d'intermédiaire. On n'en sait encore rien.

M. Henschen, après avoir promis de publier bientôt les résultats d'une autopsie faite dans un cas de tachycardie paroxystique et dans lequel on aurait trouvé des foyers d'induration dans le myocarde et des altérations athéromateuses, dit avoir observé de la tachycardie paroxystique

1° Dans un cas, à la suite d'une fièvre typhoïde ;
2° — — — diphtérie ;
3° — — d'un surmenage ;
4° — pendant des attaques de diarrhée. La dilatation du cœur semble avoir été de nature réflexe.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La pleurésie appendiculaire — M. Dieulafoy. A côté des accidents immédiats de l'appendicite, il en existe d'autres à échéance plus éloignée, redoutables et souvent mortels ; telle est l'infection pleurale que M. Dieulafoy désigne sous le nom de pleurésie appendiculaire et dont il rapporte une observation personnelle en la faisant suivre de plusieurs autres, recueillies dans la littérature médicale.

Comment l'appendicite, lésion éloignée, atteint-elle la plèvre ? Pourquoi l'appendicite, lésion si minime, arrive-t-elle à déterminer en quelques jours des pleurésies putrides, de 2 à 3 litres de liquide ?

A la faveur de l'infection dont la virulence a été exaltée en cavité close appendiculaire, les microbes pathogènes, coli-bacilles et autres, aérobies et anaérobies, passent du foyer appendiculaire dans le péritoine. Tantôt il y a perforation ou gangrène des parois de l'appendice et la purée microbienne est largement déversée dans le péritoine ; tantôt il n'y a ni perforation ni gangrène, et c'est à travers les parois que se fait la migration microbienne.

L'infection microbienne devenue péritonéale se comporte de différentes manières. Habituellement, elle se ré-

Digitized by Google

pand plus ou moins loin, cantonnée ou non par des adhérences. Plus souvent, elle suscite des foyers secondaires plus ou moins éloignés de leur lieu d'origine et sans relation apparente avec le foyer originel ; ce sont les abcès à distances. C'est ainsi qu'on trouve en diverses régions de la cavité péritonéale des collections purulentes qui semblent dues à l'éclosion de graines microbiennes transportées ça et là, on ne sait comment. En y regardant de plus près, peut-être trouverait-on le fil conducteur, sous forme de lymphangites ou de membranes. Eh bien, ces abcès à distance (qu'il ne faut pas confondre avec l'infection par voie sanguine, embolie et infarctus) peuvent-ils éclore dans la cavité pleurale comme dans la cavité péritonéale ? en d'autres termes, peut il y avoir pleurésie à distance au cours de l'appendicite ? Certainement. L'étude des lésions a démontré que la pleurésie appendiculaire est le résultat de l'extension, de la propagation ininterrompue des lésions. D'une façon générale, l'infection appendiculaire devenue péritonéale suscite du pus, des membranes, des adhérences, parfois des gaz. Parfois les adhérences jouent un rôle protecteur, elles endiguent l'infection, elles l'enkystent et lui barrent le chemin. Parfois, au contraire les adhérences se laissent traverser par la migration microbienne, elles servent de support aux agents lymphatiques, elles favorisent la diffusion de micro-organismes infectants.

C'est ainsi que se fait, de proche en proche, l'extension du foyer appendiculaire jusqu'à la plèvre. L'infection se fait de bas en haut. parce que le foyer initial lui imprime cette direction ; elle gagne l'hypochondre, traverse le diaphragme, envahit la cavité pleurale ; les traînées membraneuses et purulentes jalonnent sa route, si bien qu'on peut suivre l'épopée infectieuse depuis sa modeste origine appendiculaire jusqu'à son épanouissement thoracique. La pleurésie appendiculaire est toujours ou presque toujours une pleurésie droite.

La complication pleurale apparaît du 8e au 15e jour après le début de l'appendicite. L'infection partie du foyer appendiculaire ne commence guère sa migration ascendante avant le troisième ou le quatrième jour de l'appendicite ; la chirurgie a donc tout le temps d'intervenir, car en supprimant au moment voulu le foyer infectant, elle supprime du même coup toute cause d'infection secondaire, elle coupe le mal dans sa racine. Toute appendicite aiguë, légère ou intense, peut être suivie de pleurésie appendiculaire ; en fait d'appendicite, la bénignité n'est donc qu'apparente ; par contre, la complication pleurale n'est presque plus à redouter quand le processus actif de l'appendicite est atteint depuis 12 ou 15 jours.

La pleurésie appendiculaire est habituellement précédée de symptômes hépato-phréniques : douleurs à l'hypochondre droit, irradiations à l'épaule, anxiété dyspnéique, augmentations apparente du volume du foie ; ces symptômes s'expliquent par la péri-hépatite et par l'empyème sous-phrénique qui précèdent l'épisode pleural. Les symptômes pleuraux, le point de côté, la toux, apparaissent à leur tour ; ils se fusionnent avec des symptômes hépato-phréniques.

La pleurésie appendiculaire n'ayant pas toujours la même évolution, il importe d'étudier ses diverses modalités. Habituellement, elle est putride et à grand épanchement. Au début, ce sont des frottements plus ou moins étendus. Le liquide se forme rapidement et on constate les signes de l'épanchement. La fièvre, la dyspnée, le mauvais état général témoignent de la gravité de la situation.

Assez souvent, la percussion dénote au sommet de la poitrine un tympanisme exagéré, et on constate à l'auscultation les signes d'un pneumothorax : souffle amphorique, succussion hippocratique ; il s'agit, non d'une perforation tuberculeuse du poumon, comme on pourrait le croire, mais d'un pneumothorax, dit essentiel, par putréfaction. On doit, sans tarder s'enquérir de la nature du liquide, par une ponction exploratrice.

On constate alors que ce liquide n'est pas purulent au vrai sens du mot ; il est sale, trouble, mal lié, bleuâtre, fétide. Sans attendre plus longtemps, l'opération de l'empyème doit être pratiquée d'urgence.

Telle est la pleurésie appendiculaire, la plus habituelle. Dans d'autres circonstances, la pleurésie est réduite à son minimum d'infection, elle est comparable à ces pleurésies séreuses, d'autre nature, qui se résorbent spontanément ou qui cèdent à la ponction sans autres incidents. L'évolution de ces pleurésies bénignes n'est pas accompagnée des symptômes graves de la variété précédente.

Conclusions. — 1° La pleurésie apppendiculaire est l'infection de la plèvre consécutive à l'appendicite. Il y a une pleurésie appendiculaire, comme il y a un foie appendiculaire, avec cette différence que l'infection hépatique se fait par l'intermédiaire de la veine porte, tandis que l'infection pleurale se fait par propagation à la faveur des adhérences et des lymphatiques.

2° La pleurésie apppendiculaire se voit surtout dans les appendicites à type remontant. L'infection appendiculaire aérobie et anaérobie remonte derrière le cœcum et le colon, gagne de proche en proche et s'étend, semant sur son passage du pus, des membranes, des adhérences et parfois des collections enkystées. Les produits infectieux tapissent le foie et s'étalent à la face inférieure du diaphragme sous forme d'abcès sous-phrénique.

3° Tantôt les agents infectieux provoquent la perforation du diaphragme, tantôt ils pénètrent dans la cavité thoracique à la faveur des puits lymphatiques sans que le diaphragme soit perforé.

4° L'apparition de la pleurésie appendiculaire survient quelques jours après le début de l'appendicite. C'est même quand les symptômes appendiculaires semblent se calmer que la complication pleurale apparaît ; en six, huit, dix jours, l'infection a eu le temps de se propager de l'appendice à la plèvre.

5° La pleurésie appendiculaire est toujours une pleuré-

Digitized by Google

sie *droite*. Les exceptions à cette règle sont extrêmement rares. La phase pleurétique se confond avec la phase hépato-phrénique : douleurs vives à l'hypocondre droit, douleur thoracique avec retentissement à l'épaule droite, toux quinteuse sans expectoration, dyspnée intense, tels sont les symptômes du début.

6° Dans quelques cas, l'infection de la plèvre est à peine ébauchée, et la lésion se réduit à une pleurésie sèche qui se traduit par des frottements. Parfois aussi, le liquide de la pleurésie appendiculaire est réduit à son minimum d'infection; l'épanchement a l'appparence d'un liquide séreux et la complication guérit sans autres incidents.

7° Le plus souvent, le liquide de la pleurésie appendiculaire est trouble, fétide et putride. Ce liquide n'est pas homogène, il est mal lié et forme rapidement un dépôt. L'auscultation et la percussion donnent des signes d'un grand épanchement; à ces signes se joignent parfois les signes d'un pneumothorax dû au dégagement des gaz engendrés par la putréfaction. Dans un cas on a constaté la vomique.

8° Le pronostic de la pleurésie appendiculaire est des plus sérieux; les symptômes généraux, l'état du pouls, l'affaiblissement rapide du malade en indiquent la gravité.

9° En face d'une pleurésie droite, fétide et putride, il faut toujours penser à l'appendicite, et reconstituer l'étape abdominale appendiculaire qui a précédé de 6, 8, 10 jours l'étape phrenico-pleurale.

10° L'intervention chirurgicale doit être hâtive, parfois même double; il faut attaquer l'infection pleurale par l'opération de l'empyème et l'infection péritonéale par la laparotomie.

11° Malgré cette double intervention, il est à craindre que le malade succombe, car il est déjà infecté et intoxiqué, Le vrai traitement est donc le traitement prophylactique, celui qui consiste à enlever le foyer appendiculaire dès l'apparition de l appendicite; c'est là la seule thérapeutique sage et rationnelle, celle qui met à l'abri des dangers et des complications sans nombre de l'appendicite.

Diagnostic rapide de la rage par l'examen microscopique du bulbe du chien mordeur. — M. Babès lit une note sur les modifications des cellules nerveuses et sur les lésions vasculaires que l'on observe au microscope, dans le bulbe des chiens enragés.

Elections. — MM. Skliffassowski, de Saint-Pétersbourg, et Rœntgen, de Wurtzburg, sont nommés associés étrangers. *(10 avril.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein. — M. Pousson, de Bordeaux. L'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein donne des résultats qui ne cèdent en rien à ceux fournis par les opérations dirigées contre les autres tuberculoses localisées; et, étant donné les dangers que fait courir l'infection bacillaire d'un organe aussi important pour l'existence que le rein, il est permis de dire que dans aucune autre bacillose viscérale la chirurgie ne rend d'aussi grands services.

L'intervention est possible dans la tuberculose rénale, soit à la phase d'infection bacillaire pure, primitive, soit à la phase d'infection mixte.

Les opérateurs qui sont intervenus dans la première phase, ont agi dans le dessein de remédier à quelques symptômes pénibles, tels que douleurs violentes et tenaces, hématuries profuses et persistantes. Les 12 opérations dont M. Pousson rapporte les observations ont été faites dans la phase d'infection mixte de la forme pyélonéphritique de la tuberculose rénale, coïncidant le plus souvent avec un état général mauvais.

Ces 12 cas se décomposent en cinq néphrotomies, une néphrectomie secondaire précoce et six néphrectomies primitives, avec une seule mort opératoire, attribuable à la faiblesse extrême du sujet.

Des quatre opérés ayant survécu à la néphrotomie, deux sont morts, l'un au bout de huit mois d'épuisement, après avoir été amélioré par l'incision; l'autre au bout de neuf mois, des suites d'une néphrectomie secondaire; les deux derniers sont encore vivants, l'un depuis cinq mois, l'autre depuis six ans, mais après une néphrectomie secondaire précoce.

Les 7 néphrectomies n'ont fourni que des succès opératoires. L'un de ces malades a été perdu de vue 3 mois après l'opération, mais était atteint de tuberculose pulmonaire grave; un autre a été emporté au bout de 15 mois par des accidents urémiques, conséquence de l'infection de l'autre rein; les 5 autres sont encore vivants et leurs opérations remontent à 9 mois, 1, 2, 3 et 6 ans.

Ainsi s'affirme une fois de plus la supériorité de la néphrectomie au point de vue des résultats immediats comme à celui des résultats éloignés.

L'incision du rein dans la tuberculose rénale ne doit être considérée que comme une opération de nécessité commandée par l'absence de son congénère ou son insuffisance fonctionnelle et par le mauvais état de la santé générale ne permettant pas d'entreprendre sans danger une opération aussi laborieuse que la néphrectomie. Mais, employée dans ces circonstances la néphrotomie est une opération précieuse, qui peut sauver momentanément la vie de malades présentant un rein unique ou de lésions bilatérales. En mettant un terme à la fièvre et aux phénomènes toxi-infectieux, elle donne à l'organisme le moyen de se relever et de supporter ultérieurement la néphrectomie, lorsque le rein opposé est sain.

Invagination iléocolique. — M. Kirmisson fait un rapport sur une observation de M. Lyot. Il s'agit d'un enfant de 10 mois amené à l'hôpital, 4 heures après le début des accidents, et présentant des signes évidents d'occlusion intestinale. La palpation de l'abdomen permettait de reconnaître une tumeur dans la fosse iliaque droite; l'enfant rendait par l'anus des matières sanguinolentes. M. Lyot fit

Digitized by Google

la laparotomie immédiate, attira au-dehors la tumeur, et constata qu'il s'agissait d'une invagination iléocolique. Une faible traction exercée sur les deux bouts de l'intestin permit de détruire l'invagination; les surfaces péritonéales étaient absolument saines. L'appendice, très long, tordu sur lui-même, fut réséqué. Huit jours après, l'enfant était guéri. — *(4 avril.)*

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'uréthroostomie périnéale dans les rétrécissements incurables de l'urèthre *(Création au périnée d'un méat contre nature)*, par MM. Antonin Poncet, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, membre correspondant de l'Académie de médecine, et Xavier Delore, ex-prosecteur, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon, lauréat de l'Académie de médecine. — 1 vol, in-8° avec 11 figures dans le texte, broché, chez Masson et Cie, éditeurs.

L'opération décrite dans ce livre fut mise en pratique pour la première fois en 1891 par M. Poncet; depuis lors, les auteurs ont eu l'occasion de la pratiquer un certain nombre de fois, ils ont pu suivre leurs malades et apprécier ainsi les résultats éloignés de cette nouvelle méthode thérapeutique. C'est donc une œuvre originale et vécue qu'ils présentent aujourd'hui au public médical.

Cette opération a pour but la création au périnée d'un méat contre nature. Les auteurs, après quelques considérations anatomo-pathologiques sur les rétrécissements de l'urèthre, décrivent la technique opératoire de la périnéostomie, précisent ses indications et exposent les bons résultats qu'ils ont obtenu.

Nous devons remercier les auteurs qui, il y a un an à peine, publièrent un excellent traité de la cystostomie sus-pubienne, de nous donner aujourd'hui un livre des plus intéressants auquel on fera certainement le meilleur accueil.

Traité pratique des maladies des pays chauds et tropicaux, par le Dr J. Brault, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger, ancien médecin-major de l'armée. Un vol. chez J.-B. Baillière et fils, éditeurs. Prix 10 francs.

L'ouvrage de M. Brault est divisé en 7 parties.

1° Maladies parasitaires végétales : peste, choléra, fièvre jaune, fièvres éruptives, dengue, fièvres infectieuses, lèpre, beriberi, dysenterie, etc.

2° Maladies cutanées dues à des parasites végétaux : bouton des pays chauds, verruga, pian, piédra, etc.

3° Maladies parasitaires animales : paludisme, fièvre bilieuse, bilharziose, filarioses, myosis, etc.

4° Maladies causées par des animaux nuisibles.

5° Maladies dues aux agents physiques et chimiques.

6° Intoxications alimentaires dans les pays chauds.

7° Maladies et fièvres de nature indéterminée.

M. Brault, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger, ancien médecin-major de l'armée, avait une compétence toute spéciale pour écrire ce traité pratique des maladies des pays chauds dont le succès est assuré, car l'extension coloniale s'étend de jour en jour, et il était utile d'écrire un livre de pathologie mettant au point nos connaissances sur les maladies des pays chauds. M. Brault, par le renom qu'il s'est acquis, par le travail qu'il met en chacune de ces publications ne pouvait qu'écrire à ce sujet un livre remarquable, et c'est ce qu'il a fait. — S. R.

Anatomie clinique des centres nerveux, par le Dr Grasset, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier. 1 vol. des *Actualités médicales*, chez Baillière, éditeur. Prix : 1 fr. 50.

M. le Pr Grasset, universellement connu par sa compétence en neurologie, a rendu un véritable service aux praticiens en résumant à leur usage, dans la collection des *Actualités médicales*, l'état actuel de cette intéressante question.

M. Grasset étudie d'abord l'anatomie clinique générale des centres nerveux, le neurone, les connexions des neurones entre eux, leur groupement en systèmes et le développement des centres nerveux. Puis, il aborde l'anatomie clinique spéciale des centres nerveux, c'est-à-dire l'appareil nerveux central de la motilité et de la sensibilité générale, de la vision, de l'ouïe, du goût et de l'odorat, du langage. Il termine par l'étude de l'appareil nerveux central de la circulation, des sécrétions, de la respiration et de la digestion.

Ce livre constitue un excellent résumé des idées de Ramon y Cajrl, Golgi, Waldeyer, Gerlach, Mathias Duval, Brissaud, Dejérine, Van Gehuchten, G. Ballet, Pitres, etc, en même temps qu'un exposé des idées personnelles de l'auteur, dont les travaux font autorité en neurologie. — S. R.

Hygiène du dyspeptique, par G. Linossier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, membre correspondant de l'Académie de médecine, 1 vol. de la Bibliothèque d'Hygiène thérapeutique, dirigée par le professeur Proust. (Masson et Cie, éditeurs). Prix : 4 fr.

L'auteur s'est limité strictement à l'exposé des règles d'Hygiène applicables aux dyspepiques. Les unes concernent tous les malades; et les gens bien portants eux-mêmes, tous plus ou moins guettés par la dyspepsie feraient bien de s'y astreindre : elles constituent en quelque sorte l'hygiène de la digestion. A cette hygiène courante, chaque anomalie force d'apporter des modifications particulières. L'étude de ces dernières est l'objet de la seconde partie de l'ouvrage consacrée à *l'hygiène spéciale aux divers troubles digestifs.*

Conçu dans un esprit essentiellement pratique en même temps que scientifique, ce volume s'adresse non seulement aux médecins mais à tous ceux qui sont justiciables des prescriptions hygiéniques qui y sont développées, c'est-à-dire à tous ceux qui dans leur digestion ou à son occasion éprouvent des phénomènes anormaux.

Contribution à l'étude de l'infection tuberculeuse par la voie nasale (recherches bactériologiques et cliniques), par le Dr G. Liaras, ex-premier interne de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux. Un volume, chez Doin, éditeur. Prix : 3 francs.

Enseignement médical dans les hôpitaux

M. le Dr Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux samedi 28 avril à 10 h. 1/4 et les continuera les samedis suivants à la même heures.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants Malades. M. le Dr SEVESTRE

Contagion et Incubation des maladies infectieuses de l'enfance

Pour répondre à vos désirs, j'étudierai aujourd'hui avec vous cette question incomplètement traitée dans vos classiques et qui est cependant l'une des plus importantes de la pathologie infantile. Depuis longtemps d'ailleurs, mon attention était attirée sur ce point, et, par l'étude des faits signalés dans différents auteurs en même temps que par mes observations personnelles, j'ai pu me faire, à ce sujet, une opinion assez nette.

Cette question est assez difficile, presque impossible à résoudre par l'examen hospitalier. C'est plutôt en ville où l'on a la possibilité de suivre ses malades et d'avoir des renseignements précis, que l'on peut rassembler des documents utiles pour résoudre le problème. L'importance d'avoir à ce sujet des notions exactes, ne vous échappera pas, car elles vous permettent de reconnaître le point de départ des maladies et d'en établir la prophylaxie. Ainsi, pour prendre un exemple : la rougeole met 14 jours entre la contagion et le début de l'éruption, et lorsque vous constatez cette dernière, vous pouvez, *par un* simple calcul, remonter aux sources de la *maladie* et dans beaucoup de cas savoir où l'enfant en a contracté les germes. Il est possible alors de déterminer quels sont les enfants qui ont été en contact avec les malades et d'isoler ces suspects qui, sans cette précaution pourraient en contaminer d'autres.

Pour éviter des confusions, je vous rappellerai que l'on distingue quatre périodes aux maladies infectieuses de l'enfance : 1° l'*incubation*, où il n'y a aucun symptôme; 2° l'*invasion*, où apparaissent des symptômes variables suivant la nature de la maladie, mais consistant généralement en fièvre, troubles gastriques, etc.; 3° l'*éruption*; 4° la *période de déclin*. Les maladies infectieuses sont, pour la plupart, dues à des microbes encore mal déterminés, mais dont l'existence ne peut faire de doute. A la période d'incubation, la germination se fait; à cette période, il n'y a pas de germes; par conséquent, pas de contagion. A la période d'invasion, la germination est faite; dès lors, le germe est disponible et la contagion est possible. C'est là une doctrine nouvelle; car, autrefois, et il n'y a pas très longtemps, on croyait que la contagion ne pouvait se faire qu'à la fin de la maladie. Or, retenez bien ce fait : la contagion est possible dès qu'il y a production de germes; mais, pour qu'elle se produise, plusieurs causes entrent au jeu; c'est, tout d'abord, la *vitalité du micro-organisme* et nous savons que pour la rougeole, par exemple, celle-ci est quelquefois très limitée, tandis que pour la diphtérie et la scarlatine, elle est très étendue. Dans d'autres cas, il *y a des germes non utilisés*, mais qui conservent toute leur virulence et qui peuvent à un moment donné, produire la contagion. D'autres fois, ce sont des *germes peu virulents* qui peuvent acquérir de nouveau une virulence plus grande. Enfin, il faut tenir compte de la *résistance de l'organisme*, pour dire le mot, des immunités. L'immunité naturelle est à peu près nulle à l'égard de certaines maladies, et alors, la contagion est presque fatale, comme cela se produit dans la rougeole; elle est variable, plus ou moins grande dans la scarlatine et la coqueluche, plus grande encore dans la tuberculose; mais ce sujet est encore rempli de beaucoup d'inconnues.

Les quelques considérations que je viens de vous soumettre, ont une très grande importance et sont grosses de conséquences pour la prophylaxie. Quand, en effet, pour une maladie donnée, l'incubation est assez fixe, comme pour la rougeole, on surveillera pendant le temps nécessaire l'enfant qui s'est trouvé dans les conditions requises pour contracter la maladie, et par l'isolement, on évitera, dans les familles et dans les écoles de nouveaux cas de contagion.

ROUGEOLE. — La rougeole est de toutes les maladies contagieuses de l'enfance, celle qui présente le plus d'importance, et sur laquelle nous avons les notions les plus précises.

Dans l'étude de cette maladie, nous réunirons ensemble les deux périodes d'incubation et d'invasion. L'incubation a été étudiée expérimentalement par des inoculations. Michaël (de Katona), en 1842, inocula du mucus nasal à 1,122 personnes avec 93 0/0 de succès, sans un seul cas de mort, et constata que l'éruption survenait du 9e au 10e jour après l'inoculation. Malheureusement, ces expériences ont été faites en pleine épidémie, et l'on peut se demander s'il ne faut pas attribuer à la contagion plutôt qu'à l'inoculation les cas de rougeole observés. Mayr, dans deux cas expérimentaux, vit les premiers symptômes du coryza se produire au 8e et au 9e jour. Ces faits, cependant, s'ils nous montrent que la rougeole est inoculable, ne sont pas exempts de toute critique, et il vaut mieux avoir recours aux observations cliniques pour fixer la question. A ce point de vue, le travail le plus important est celui de Panum qui étudia avec beaucoup de soin une épidémie de rougeole survenue en 1846 aux îles Féroe, alors que, depuis 1781, il n'y avait pas eu dans ces îles un seul cas de cette maladie. Un ouvrier venu de Copenhague y apporta la maladie le 1er avril, et y contagionna deux amis qui eurent leur éruption 14 jours

Digitized by Google

après. Une épidémie s'ensuivit : Panum constata que les vieillards restèrent indemnes, et, par l'observation de près de 6,000 cas, il fixa l'incubation de la rougeole à 13 ou 14 jours.

Ces faits ont, depuis lors, été confirmés par d'autres observateurs et j'en ai moi-même étudié plusieurs qui permettent d'apporter plus de précision sur certains points particuliers. Tel est le suivant :

Le 29 décembre, une dame me demanda de venir voir son petit garçon ; je constatai chez cet enfant une éruption de rougeole qui, le lendemain et le surlendemain, atteignait son maximum de développement. Aux questions que je fis, la mère me répondit que, le 25 décembre, l'enfant avait refusé de dîner, qu'il s'était plaint de mal de tête, de lassitude, et avait demandé à se coucher, mais elle avait attribué ce malaise à ce que, dans la journée, il avait assisté à une petite réunion d'enfants ; le lendemain, mercredi, il s'était rendu à une autre matinée. Or, parmi les enfants de cette seconde série, plusieurs furent, après la durée habituelle de la période d'incubation, pris de la rougeole, et, au contraire, sur ceux de la première série, il n'y en eut aucun cas. Un seul de ces enfants fut pris, mais c'était la sœur du petit malade, couchant dans la même chambre que lui, et qui, d'après le calcul que je fis, en tenant compte de la durée de la période d'incubation, avait dû être contagionnée par lui dans la nuit du 24 au 25.

Il est donc un fait certain, c'est que la rougeole est contagieuse dès l'apparition des premiers signes et le danger est alors d'autant plus grand que la maladie n'est pas encore soupçonnée ; elle est encore contagieuse dans la période d'éruption, le 1er et le 2e jour, mais cette contagiosité cesse rapidement. Panum n'a pas constaté un seul fait de contagion au déclin de l'éruption. Forster est de cet avis, que je partage absolument. On peut donc considérer qu'à la fin de la période d'éruption, la contagion n'est plus à craindre, c'est-à-dire le 5e ou le 6e jour après l'éruption. Aussi, on a, avec juste raison, dans les collèges, abaissé la durée de l'isolement de 35 à 15 jours.

La vitalité du microbe de la rougeole est très limitée, à tel point qu'un enfant mis le lendemain dans la chambre d'un rougeoleux parti de la veille ne prend pas la rougeole ; aussi, il semble, malgré quelques faits contradictoires, que la désinfection des locaux ne soit pas indispensable.

Comment se fait la transmission de la rougeole? Elle se fait quand il y a contact de deux enfants : le petit malade, en toussant, expulse à distance des parcelles plus ou moins fines de mucus ou de salive contenant le germe pathogène. La contagion ne se fait pas par l'air expiré, elle se fait par l'expulsion des mucosités. Elle se fait encore par les personnes qui passent d'un malade à l'autre ; mais, je le répète, c'est surtout le contact direct qui est important ; et, dans une salle d'hôpital, en mettant l'enfant à une certaine distance de ses voisins, on a beaucoup de chances pour ne pas voir la maladie se répandre.

Comme prophylaxie, la désinfection est relativement secondaire, sans être cependant à négliger. La meilleure mesure à employer dans une agglomération d'enfants est surtout l'isolement des suspects. On commencera donc par isoler pendant cinq à six jours, les *douteux*, c'est-à-dire les malades qui présentent certains symptômes pouvant faire penser à la rougeole, mais dont le diagnostic ne peut cependant être établi d'une façon positive. D'autre part, on isolera les *suspects*, c'est-à-dire les enfants qui, ayant eu des rapports plus ou moins intimes avec des rougeoleux, ont pu être contaminés, mais sont encore à la période d'incubation. Quant à la quarantaine des convalescents, il est inutile de la prolonger plus de quelques jours, en raison de la faible vitalité du germe rougeoleux.

Rubéole. — Les résultats des observations sont ici moins nettement fixés que pour la rougeole.

L'incubation paraît être de 15 à 18 jours. J'ai pu l'étudier, il y a quelques années, à propos d'une épidémie qui sévit au collège Chaptal, où en 5 jours il y eut une dizaine de cas : le premier eut lieu le 27 mai, deux autres le 29, un autre le 30 ; quatre le 31 ; un le 2 juin et un autre le 3 juin ; et, en cherchant l'origine de cette épidémie, je trouvai que le 15 mai, un élève ayant une éruption mal caractérisée, avait été soigné dans sa famille pour une rougeole sans fièvre ni catarrhe et qui vraisemblablement n'était autre chose qu'une rubéole.

Voici d'autres faits que j'ai observés en ville :

Dans une famille où il y avait deux enfants, l'un d'eux présenta le 29 mars une éruption de rubéole et fut dès le soir séparé de sa sœur. Le 13 avril, celle-ci était atteinte à son tour.

Une jeune fille, Sarah P.., présente le 20 mars une éruption ; son frère Georges, séparé d'elle, depuis le 19, c'est-à-dire avant l'exanthème, présente une éruption de rubéole le 4 avril.

Voici un autre fait que j'ai observé récemment :

Trois cousines, Nicole, Catherine, Antoinette, assistent le 25 mars à un cours de dessin et le 26 à un cours de danse ; deux quittent Paris, la première a une rubéole, le 8 avril, en Normandie ; la seconde, le 9, à Paris, la troisième, le 10, en Lorraine.

Le jeune frère d'Antoinette, séparé d'elle, le 10 avril, présente une éruption de rubéole, le 23, et leur femme de chambre, a une éruption le 28.

Béclère adopte également le chiffre de 14 à 15 jours comme durée d'incubation ; tout en considérant qu'il

Digitized by Google

puisse être de 17 ou 18 jours. Il cite le cas de cinq personnes d'une famille médicale atteintes toutes de rubéole et qui n'avaient eu qu'un contact commun pendant un déjeûner, où elles ont contracté la maladie.

A quelle période se fait la contagion? Elle paraît se faire dès le début, et même avant l'éruption, comme pour la rougeole. Béclère et Lazard disent que l'affection n'est plus contagieuse au-delà du 7e jour après l'éruption. Le mode de transmission est mal défini; Béclère n'admet pas qu'il se fasse par les vêtements.

Scarlatine. — Les expériences d'inoculation de la scarlatine sont très douteuses et je vous rappellerai simplement pour mémoire celles de Stoll, de Petit-Radel, de Miquel d'Amboise, de Leroy d'Etiolles. C'est ainsi qu'Harwood a rapporté l'histoire d'un homme qui se coupa avec du verre et eut la scarlatine; mais si l'on tient compte de ce fait que ce malade vivait au milieu de scarlatineux, on ne pourra s'empêcher d'émettre quelques doutes au sujet de l'inoculation par le morceau de verre.

La durée d'incubation de la scarlatine doit surtout être étudiée par les observations cliniques; elle est variable de 5 jours à 1 jour ou même moins. Alison comptait 5 jours; Marchand 3 jours; Trousseau 24 heures; Mabboux de 12 à 15 heures. J'ai observé des faits où la maladie se déclara 4 ou 5 jours après le contage mais jamais plus tard! D'autre part, j'ai vu des cas d'incubation extrêmement courte. Dans une salle d'hôpital un malade entre en pleine éruption scarlatineuse, il est isolé de suite; et cependant, le même soir, son voisin de lit présentait une éruption de scarlatine.

J'ai observé de très près un autre cas dans lequel la durée de l'incubation ne paraît guère avoir dépassé 12 heures. Une fillette de 9 ans, fut prise, une nuit, à 5 heures du matin, de vomissements et de fièvre; à 7 heures 1/2, je constatai une rougeur très vive de la gorge qui était le début d'une scarlatine. En recherchant l'origine de cette maladie, et, après une enquête très précise, je ne pus trouver d'autre cause que la suivante: la veille, cette enfant était allée passer une partie de l'après-midi, de 4 à 6 heures, dans une maison où j'avais observé deux mois avant une scarlatine; la désinfection avait été faite, mais avait probablement été effectuée d'une façon incomplète. Dans ce cas, l'incubation n'aurait été que de 12 heures environ.

Trousseau raconte l'histoire d'une jeune Anglaise qui, couchant dans la même chambre que sa sœur atteinte d'un début de scarlatine et n'ayant eu auparavant aucun contact avec elle, fut atteinte à son tour 24 heures après.

On peut donc admettre que l'incubation ne dépasse pas 5 à 6 jours, ce qui conduit à cette déduction pratique, qu'une quarantaine de 6 à 7 jours suffit.

En ce qui concerne la période de contagion de la scarlatine, elle a été interprêtée différemment. Autrefois, on admettait que la scarlatine n'était contagieuse qu'à la période de desquamation. Mais, des observations plus récentes ont démontré que la contagion pouvait se faire pendant l'éruption et dès le début. Des faits démonstratifs à cet égard ont été publiés par Girard, Cameron, Trousseau, Mabboux, et quelques observations personnelles en témoignent aussi. Randsome a même relaté quatre cas dans lesquels la contagion a paru se faire de 12 à 20 heures avant l'exanthème. Nous pouvons donc admettre comme démontré que la scarlatine est contagieuse dès le début de l'éruption, et même dans la période pré-éruptive.

Quant à la question de savoir à quelle époque la contagiosité cesse, il est difficile de le déterminer avec précision, car, si la contagion a lieu à une période reculée, il est presque impossible d'établir si elle est due à des germes nouvellement élaborés par le malade, ou si elle ne provient pas de contages anciens ayant conservé leur vitalité. Cependant, on peut admettre qu'au bout de cinq ou six semaines et après un nettoyage soigneusement fait, le malade cesse d'être dangereux, alors que ses vêtements et ses effets peuvent l'être encore.

Les modes de transmission sont variables; celle-ci peut être directe, et se produire alors par un mécanisme inconnu; en effet, si les squames mélangés avec des poussières peuvent constituer un agent de transmission, on ne peut, à la période de début, invoquer cette pathogénie. La transmission est souvent indirecte, se fait par une tierce personne; mais il faut généralement pour cela un contact intime et prolongé; c'est ce qui explique la rareté de contagion par le médecin, bien qu'il y en ait des exemples. La contagion indirecte se fait surtout par les objets, les vêtements, les linges, les jouets, les livres, les lettres. Une dame, habitant la Bretagne, dans une localité indemne de scarlatine, reçoit d'Allemagne une lettre de l'ancienne institutrice de sa fille. Cette personne lui disait qu'elle venait d'avoir la scarlatine et elle ajoutait qu'elle avait eu une desquamation très abondante, à tel point qu'en écrivant sa lettre, elle avait dû, à plusieurs reprises, secouer son papier pour en chasser les pellicules qui y tombaient à profusion; quelques jours après, la mère et la fille étaient prises de scarlatine (Sanné).

Le lait a été également incriminé; Airy, près de Manchester, observa dans un village 35 cas de scarlatine et tous les malades atteints buvaient du lait provenant d'une ferme déterminée. Or, des 3 vachers, employés dans cette ferme, l'un habitait avec son fils

Digitized by Google

atteint de scarlatine. Il manipulait le lait et le portait chez les clients, et il est bien probable que cet homme ayant sur ses mains ou ses vêtements des germes de scarlatine, avait ensemencé le lait.

L'immunité vis-à-vis de la scarlatine n'est pas très rare, c'est ainsi que, de 3 sœurs couchant dans la même chambre et vivant constamment ensemble, l'une eut la scarlatine, et les deux autres échappèrent à la contagion.

Les moyens prophylactiques sont les mêmes que dans les autres maladies infectieuses, mais il n'y a pas lieu d'attacher d'importance à l'usage interne de la belladone, car j'ai vu plus d'une fois, à l'hôpital des Enfants, des sujets atteints de coqueluche et soumis à la médication par la belladone prendre la scarlatine.

L'isolement doit être complet dès le début et durer environ 6 semaines; mais il peut être réduit lorsqu'on a eu soin d'employer la précaution que je vous indiquerai tout à l'heure. L'isolement des suspects doit durer de 6 à 7 jours.

Il faut pratiquer l'antisepsie, d'abord des vêtements et des mains du personnel ; ensuite du linge du malade à qui on fera de bonne heure des lotions et on donnera des bains.

On fera des onctions et des frictions avec un corps gras antiseptique pour éviter la dissémination des squames. Les lavages de la bouche et du pharynx ne seront pas négligés.

Diphtérie. — Je ne vous apprendrai rien en vous disant que la diphtérie est inoculable, et cependant, le fait a été discuté.

La durée d'incubation est probablement un peu variable ; elle est très difficile à préciser à cause de la vitalité du contage ; mais elle ne doit cependant guère dépasser quelques jours. Roger admettait de 2 à 7 jours ; d'après Bard, elle peut être de moins de 24 heures; Herpin, Valleix ont eu la diphtérie après une incubation de 24 heures à peine. Les expériences d'inoculation donnent la diphtérie en un laps de temps variable de 12 heures à 3 jours. En somme, on peut admettre que la durée d'incubation est de un à trois jours.

La diphtérie est contagieuse dès le début (Bard), peut être même avant l'apparition de la fausse membrane. Pendant tout le temps qu'il y a des fausses membranes, la contagion est imminente ; mais même quand elles ont disparu, pendant la convalescence, elle persiste ainsi qu'en témoignent des faits de Bard où au 18e jour, voire au 40e, des enfants ont propagé la diphtérie. Cela tient à ce fait que la vitalité des germes est considérable ; dans des expériences de laboratoire, Roux et Yersin en ont constaté l'existence pendant plusieurs mois. Dans la bouche, la persistance est assez longue ; car Mery a vu qu'il fallait souvent 3 ou 4 semaines pour que le bacille diphtérique disparût de cette cavité; depuis la sérothérapie, le même observateur a constaté que la vitalité des bacilles avait toujours la même durée et que, par conséquent, la sérothérapie, dont l'action sur la diphtérie en général est si remarquable, n'avait pas amené de modification sous ce rapport.

Les modes de transmission sont nombreux ; par la fausse membrane (Herpin, Valleix, Gendron), par l'air expulsé qui entraîne au moment des secousses de toux des parcelles invisibles à l'œil nu. Mais le contage diphtérique est peu diffusible; il faut un contact plus ou moins intime avec les malades, et c'est ainsi que dans une épidémie où il put établir la filiation des faits 26 fois sur 28, M. Bard n'a pas vu la maladie passer d'un logement à un autre dans les maisons à plusieurs familles qui n'avaient pas entre elles de rapports directs.

La transmission indirecte peut se faire par les personnes (Bard, Crésantignes), par les vêtements et les linges. A l'hôpital St-Antoine, une convalescente de fièvre typhoïde fut prise de diphtérie et une enquête m'apprit que sa sœur, infirmière au pavillon de la diphtérie lui avait laissé son châle et c'était vraisemblablement là la cause de la contagion. Salter rapporte une épidémie de diphtérie dans une famille et la cause était le linge apporté par la blanchisseuse, qui avait chez elle deux bébés malades. Les literies de l'Hôtel des Ventes constituent aussi des sources de contagion probablement bien fréquentes. Elle se fait par les instruments (Guersant), les voitures (Parrot), les jouets (Grancher). Les poussières contenues dans l'air peuvent expliquer certains cas de contagion. Klebs constata qu'à Zurich les cas de diphtérie éclataient en plus nombre le mercredi et le samedi, et l'attribua à ce que la veille, on balayait à fond la ville.

Quoi qu'il en soit, retenez bien le fait du peu de diffusibilité de contage qui ne passe pas d'un logement à l'autre, de telle sorte que le seul isolement dans un pavillon suffit comme mesure prophylactique. A l'hospice des Enfants assistés, je n'ai pas vu la contagion se faire dans des pavillons distants seulement de quelques mètres.

Le même fait a été établi par les observations de Bretonneau et de Bard. Lancry, dans une épidémie à l'école primaire de Berck, a vu la diphtérie atteindre successivement les enfants situés d'un côté de la classe et ménager ceux de l'autre moitié, séparés par une passerelle.

Je vous signale aussi l'influence de causes accessoires, mais cependant importantes, des prédispositions locales par les maladies de la gorge, du nez, des bronches, l'influence de la rougeole et de la scarlatine, la dénudation de la peau par les vésicatoires,

Digitized by Google

l'influence des fatigues et du surmenage chez les adultes, enfin celle des saisons, car on sait que la diphtérie est la plus fréquente en février, mars et avril.

Les principales mesures prophylactiques, consistent en l'isolement des douteux et des suspects, ceux-ci pendant 6 à 8 jours au moins.

Quant aux malades, Bard pense qu'il faut les isoler au moins 50 jours; je crois que cette opinion est un peu exagérée et que l'isolement peut être moins prolongé, quand il y a eu une désinfection complète de la gorge, du local, des vêtements et quand on détruit par le feu tous les menus objets qui ont servi au petit malade. Du reste, le meilleur moyen de déterminer l'époque à laquelle le malade cesse d'être contagieux, consiste à faire des cultures de la gorge.

Ces désinfections devront, au point de vue de la prophylaxie sociale s'étendre à tout ce qui a été contaminé par les malades (voitures, appartements, literie).

Varicelle. — La varicelle est elle inoculable? Non, d'après Trousseau; oui, d'après Steiner; d'Heilly eut des expériences d'inoculation positives, mais comme il observait dans une salle contaminée par la varicelle, on ne peut rien conclure de ses expériences. D'autre part, Damaschino et Dumontpallier paraissent avoir démontré que la varicelle n'est pas inoculable.

La durée d'incubation serait :

D'après Trousseau de 15 à 17 jours
— Barthez — 8 à 17 —
— Gerhardt — 14 à 15 —
— Steiner (d'après ses inoculations) 8 jours

En ce qui me concerne, je crois que l'incubation varie entre 14 à 16 ou 17 jours.

J'observe le 5 décembre une varicelle, isolée de suite; le 18 et le 19, c'est-à-dire 14 à 15 jours après le contact contagieux, 2 enfants sont pris.

Voici un autre fait :

Un enfant a la varicelle, le 25 mars et il est isolé le 27; le 10 avril, c'est-à-dire 15 jours après, 3 enfants sont pris.

Aux Enfants Assistés, entre une fillette atteinte de varicelle, le 24 avril; elle est isolée le 25 au matin. Quatre enfants furent contagionnés et eurent une éruption, le 12 mai, (c'est-à-dire 17 à 18 jours après le contage). Un de ces enfants entre au lazaret jusqu'au 13; et, le 29 du même mois, on constatait quatre nouvelles éruptions de varicelle (16 à 17 jours après le contage).

La varicelle est contagieuse dès le début.

Oreillons. — La durée d'incubation des oreillons serait ordinairement, d'après Rilliet et Barthez de 20 à 22 jours; quelquefois de 14 à 15; dans un cas, elle fut de 8 jours. D'après Roth, elle serait de 18 jours; d'après Catrin de 15 à 20 jours. Je crois que le chiffre exact est entre 20 et 22 jours. C'est ainsi que j'observai le cas suivant : le 7 juin, un enfant passe une journée avec une jeune cousine; puis il ne la revoit plus. Le 8, il avait les oreillons. Or, le 27 et le 28 du même mois, c'est-à-dire 20 à 21 jours après le contact, la petite cousine et sa mère, présentes le 7 dans la famille du malade, avaient les oreillons.

Voici, d'autre part, une autre observation montrant nettement que l'incubation est de 20 à 22 jours. Un samedi matin un enfant est atteint d'oreillons et immédiatement isolé; le soir, vers 11 heures, son frère qui faisait son service militaire en province arriva pour un congé de 24 heures et passa quelques minutes seulement avec le malade; trois semaines après, il revient pour 24 heures encore se trouvant un peu souffrant, mais sans présenter encore de signes positifs d'oreillons; le dimanche matin, la maladie était déclarée; or, la veille au soir, il avait vu sa sœur; celle-ci fut prise à son tour des oreillons au bout de 21 jours. En somme, ce qu'il en faut conclure, c'est que la contagion des oreillons se fait dès les premiers symptômes, et que leur incubation est de 20 à 22 jours.

Coqueluche. — La contagion de la coqueluche, niée par Stoll, Laennec, Billard, est actuellement admise par tous; cette contagion n'est cependant pas forcée; elle est beaucoup moins fréquente que pour la rougeole. La durée d'incubation est mal connue; quelques faits de Roger sembleraient la fixer à une dizaine de jours; Guéneau de Mussy la fixait de 6 à 10 jours. Blache cite le cas d'un enfant de médecin où elle n'aurait été que d'une trentaine d'heures. J'ai observé le fait suivant : Deux enfants jouent ensemble au bois de Boulogne, le 6 septembre; on les sépare en constatant que l'une d'elles a des quintes de coqueluche et elles ne se revoient plus. Or, le 18 du même mois, la seconde fillette avait sa première quinte de coqueluche.

La coqueluche est probablement contagieuse à la période d'état, mais ce n'est là qu'une hypothèse; car elle peut être contagieuse à la période de début, ainsi qu'en témoigne une observation de Béclère. A la période de déclin, la coqueluche perd sa puissance contagieuse; et, après 2 ou 3 mois, les faits de contamination sont rares. En somme, la durée de la contagiosité est difficile à préciser. La même incertitude règne en ce qui concerne le mode de transmission; on peut supposer que le transport se fasse par les personnes, qui ont été en contact intime avec les malades et ont pu emporter sur leurs vêtements des fragments de mucus nasal ou bronchique. La prophylaxie est difficile à établir en raison de

Digitized by Google

l'incertitude du diagnostic au début de la coqueluche, et, en thèse générale, il faut pratiquer l'isolement tant qu'il y a des quintes vraies, c'est-à-dire pendant deux à trois mois.

Broncho-pneumonie. — Un fait évident aujourd'hui, c'est que la broncho-pneumonie est contagieuse. On sait qu'elle complique fréquemment la rougeole, la coqueluche ou la diphterie; on sait également qu'elle est rare en ville et fréquente dans les hôpitaux. A l'hôpital même, elle serait beaucoup plus rare si on isolait les broncho-pneumonies; c'est ce qui se fait aux Enfants Assistés.

L'origine de la broncho-pneumonie serait due, d'après Netter, à une auto-infection provenant des microbes qui existent à l'état normal dans la bouche. Mais, on peut faire à M. Netter, une objection : s'il en était ainsi, pourquoi les broncho-pneumonies sont-elles aussi rares en ville? Il s'agit bien plus probablement d'une contagion, mais nous ignorons comme elle se fait.

La période d'incubation de la broncho-pneumonie paraît être de 48 heures environ.

Comme mesures prophylactiques, Richard a préconisé l'isolement individuel. Ce procédé est parfait, mais peut-être trop absolu dans la pratique; on pourrait se contenter d'isolements relatifs par petites salles, les unes pour les cas simples, les autres pour les cas compliqués. C'est le moyen qui paraît devoir être adopté dans les nouveaux hôpitaux; il constitue un minimum indispensable.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La kélotomie ombilicale simple

Dans la hernie ombilicale, le tableau clinique de l'étranglement est souvent incomplet; tout se limite aux symptômes suivants : irréductibilité, douleur, constipation, sans arrêt complet des matières et des gaz, vomissements bilieux. Pour ceux qui ne sont pas prévenus, cela suffit pour temporiser, sous prétexte qu'il ne s'agit pas d'étranglement vrai, mais de ce qu'on a appelé engouement, péritonite herniaire; aussi pratique-t-on le taxis qui ne peut donner aucun résultat puisque dans de nombreux cas, ce n'est pas au niveau de l'anneau qu'est l'obstacle, mais dans le sac lui-même. On attend ainsi plusieurs jours et l'on n'opère que quand surviennent des troubles de l'état général, c'est-à-dire lorsque la situation est presque désespérée. Ainsi s'explique le sombre pronostic de la kélotomie ombilicale; car s'il est vrai que l'opération est plus complexe que dans les hernies inguinale et crurale, sa gravité est surtout due au retard de l'intervention.

Il faut donc se défier de toute hernie ombilicale qui devient douloureuse et présente des symptômes de pseudo-étranglement; il ne faut pas temporiser, il faut intervenir le plus tôt possible, pratiquer la kélotomie hative si l'on veut réussir. Le succès dépend de la précocité et de la rapidité de l'intervention.

Les soins préopératoires seront les mêmes que dans toute opération chirurgicale, mais en préparant la région, il faut s'attacher à bien désinfecter la dépression ombilicale; pour cela il faut la soulever, la retourner pour ainsi dire avec une pince, afin de procéder à un brossage sérieux.

L'opération sera conduite suivant la technique que nous allons exposer.

1er temps : Incision des parties molles. — L'incision de la peau est plus dangereuse que dans les autres hernies; car au sommet de la hernie la peau est distendue, amincie; à sa face profonde adhère le sac auquel est accolée une anse intestinale qu'on peut ouvrir si l'on ne prend garde. Aussi bien, au lieu d'inciser verticalement, vaut-il mieux faire deux incisions elliptiques se rejoignant au-dessus et au-dessous de la hernie et interceptant un lambeau cutané ovale. De plus, pour éviter tout accident, on commence la dissection non pas à la partie moyenne, mais en haut ou en bas, où le sac a moins de chance d'être adhérent à la peau. Il est alors facile, une fois sur le sac, d'introduire l'index entre lui et la peau, de décoller si c'est nécessaire et d'inciser les parties superficielles aux ciseaux mousses dirigés sur le doigt.

2e temps : Ouverture du sac et examen de son contenu. — Le sac ainsi mis à nu, il faut, avant de l'ouvrir, l'isoler, comme on fait pour la hernie crurale. Pour cela, avec le doigt ou la sonde cannelée on le décolle sur tout son pourtour et on ne l'ouvre que quand il est en quelque sorte énucléé. Mais il en est des cas où des adhérences très intimes rendent cette manœuvre laborieuse; il ne faut pas s'y attarder, il est alors plus simple et surtout plus expéditif d'ouvrir le sac d'emblée. Que celui-ci soit ou non isolé, on plisse sa paroi qu'on incise, on agrandit l'incision avec les ciseaux conduits sur le doigt introduit dans le sac et l'on confie les lèvres à des pinces. Dans cette ouverture du sac, on aura soin d'éviter, de contourner les brides adhérentes. Une masse volumineuse d'épiploon se présente alors, recouvrant l'intestin étranglé. Cet épiploon adhère à la paroi interne du sac et pousse des prolongements dans les diverticules du sac; aussi est-il assez difficile à libérer. Pour y arriver, les deux lèvres du sac étant tendues de chaque côté, l'épiploon est attiré en sens inverse et l'on rompt au doigt, à la sonde cannelée ou aux ciseaux les brides qui le relient à la paroi du sac; on fait ceci sur toute sa périphérie, et si en certains points on éprouve trop de difficultés, l'épiploon est sectionné entre deux pinces. La masse principale étant libérée, il faut encore poursuivre ses prolongements dans les diverticules du sac.

Voilà l'épiploon libre, détaché de toute adhérence, encombrant le champ opératoire, gênant l'examen de l'intestin; il faut, après avoir détergé et bien lavé à l'eau bouillie le contenu du sac, réséquer cet épiploon au-dessous d'une

Digitized by Google

ligature en chaîne, ou pour aller plus vite, au dessous d'une ou deux pinces clamp.

On peut alors plus facilement se rendre compte de l'état de l'intestin ; nous le supposons sans aucune lésion, il faut néanmoins avant de débrider, laver de nouveau à l'eau bouillie, éponger et bien voir si le moignon épiploïque ne saigne pas.

3e TEMPS : DÉBRIDEMENT. — Comme nous l'avons dit déjà, l'obstacle siège souvent dans le sac et non à l'anneau, il aura donc été levé en libérant l'épiploon; néanmoins, il faut débrider l'anneau afin de réduire plus facilement et de mieux réparer ensuite l'anneau ombilical.

L'anneau peut être débridé en un point quelconque, il n'y a pas ici de vaisseaux à redouter ; on sectionne généralement *en haut et à droite* au moyen de ciseaux dirigés sur le doigt introduit dans l'anneau. Si la section ne suffit pas on peut en faire une seconde en un autre point.

4e TEMPS : RÉDUCTION. — Avant de réduire, on attire l'intestin au dehors afin de l'examiner sur toute son étendue, mais principalement au niveau de l'encoche où se trouvent de préférence les lésions quand elles existent. L'intestin est en bon état, l'épiploon est lié au-dessus des pinces, s'il ne l'a pas été précédemment, tout est bien nettoyé, on s'assure de nouveau que le pédicule épiploïque ne saigne pas, on n'a plus qu'à réduire. Mais ce n'est pas toujours chose facile, en raison du volume de l'intestin et du moignon épiploïque, d'autant plus que souvent les malades dorment mal et dans des efforts de toux ou de vomissements, chassent hors du ventre de nouvelles anses intestinales. Cette réduction devra être faite doucement, sans trop forcer; avec un peu de patience on y arrive toujours. On recouvre la masse d'une large compresse aseptique chaude, dont la périphérie est insinuée dans l'abdomen au niveau des lèvres de l'anneau, et l'on refoule la masse dans le ventre en pressant non pas au sommet mais à la périphérie. Si l'on éprouve trop de difficultés, il ne faut pas hésiter à faire un nouveau débridement qui donnera plus d'espace.

Une large compresse aseptique, dont une extrémité est fixée par une pince, est introduite dans le ventre sur la masse intestinale dont elle empêche l'issue au dehors.

5e TEMPS : EXCISION DU SAC, RÉFECTION DE LA PAROI. — Lorsque le sac a été isolé dès le début il est facile de l'attirer et de placer une ligature solide à sa base ; mais, lorsque des adhérences ont empêché de le libérer, il est moins facile de le faire, on sectionne alors tout autour les adhérences et le tissu graisseux.

Il est parfois impossible de pédiculiser le sac pour le lier, il faut alors l'exciser, prendre le péritoine avec des pinces et réunir les deux lèvres péritonéales par un surjet comme dans la laparatomie. La réfection de la paroi pour être bien faite demande assez de temps, et lorsqu'on est pressé, lorsque l'opération a déjà été longue, que l'état du malade est mauvais, on se contentera de suturer simplement les bords de l'anneau.

Cependant, lorsqu'on le peut, il est préférable de faire une suture à étage; on incise de chaque côté la gaine du muscle droit à sa partie interne et l'on a ainsi trois plans que l'on réunit, un plan aponévrotique postérieur (feuillet postérieur de la gaine des droits), un plan moyen musculaire (muscles grands droits), un plan aponévrotique antérieur (feuillet antérieur de la gaine des droits). Cette reconstitution méthodique de la paroi est excellente lorsqu'elle est praticable. Au-dessus, on enlève le tissu graisseux parfois trop abondant et l'on régularise les lèvres cutanées qu'on suture au crin.

Lejars recommande dans les cas où les deux lèvres de la plaie sont difficiles à rapprocher, de soulever chaque bord avec des pinces, de traverser toute l'épaisseur de chaque lèvre et de passer plusieurs points en U transversaux qu'on serre progressivement; on obtient un adossement, péritoine contre péritoine. Cette réunion par application latérale a l'avantage, outre sa solidité, de pouvoir être faite rapidement.

L'opération terminée, on appliquera sur la plaie une mèche de gaze stérilisée et un pansement ouaté et serré comme dans une laparatomie.

Les soins consécutifs ne diffèrent pas de ceux que nous avons énumérés pour la kélotomie inguinale (*Journ. des Prat.* 1900, page 140); l'opéré sera surveillé de plus près encore, la kélotomie ombilicale étant manifestement plus grave. — HENRI MILHIET, *Interne des Hôpitaux*.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Potion alcoolique de Jaccoud à employer dans la fièvre chronique des tuberculeux :

Vin rouge	100 grammes
Cognac	40 —
Sirop d'éc. d'oranges amères	30 —
Teinture de cannelle	8 —
Extrait de quinquina	3 —

Formule pour l'administration du tanin à hautes doses.

Tanin	4 à 6 grammes
Sirop d'éc. d'oranges amères	50 —
Eau distillée	150 —

A prendre dans les 24 heures, par cuillerées à soupe d'heure en heure.

Naphtol sulforiciné :

Naphtol α	10 grammes
Sulforicinate de soude	90 —

Pour badigeonner la gorge.

Potion à la paraldéhyde :

Paraldéhyde	2 grammes
Sirop de framboises	20 —
Eau distillée de menthe	20 —
Eau distillée	40 —

A prendre dans les 24 heures.

Pilules de terpinol (TANRET) :

Terpinol	0 gr. 10
Benzoate de soude	0 — 10
Sucre Q. S. pour 1 pilule.	

Une à dix par jour.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

MÉDECINE

Diagnostic différentiel de la goutte, du rhumatisme et de l'arthrite déformante. — Voici quatre cas dont l'étude comparée nous fournira l'occasion de faire le diagnostic différentiel de ces maladies.

Le premier cas est celui d'un rhumatisme pur et simple : dans le second, il s'agit d'arthrite rhumatoïde : le troisième est un cas de goutte siégeant surtout dans la main droite, et présentant des dépôts goutteux dans quelques articulations, ainsi que quelque tophi à l'oreille gauche : dans le quatrième cas, nous avons affaire à la goutte localisée aux deux genoux. Dans ce dernier cas, le malade a eu la goutte aux mains et au coude droit, pendant son séjour à l'hôpital, mais actuellement les phénomènes goutteux des mains et des coudes ont complètement disparu. Cela vous prouve que, quand on fait suivre aux malades goutteux le traitement approprié, les dépôts goutteux des jointures peuvent complètement disparaître.

Le malade qui est atteint d'arthrite rhumatoïde, est traité par le bleu de méthylène, et vous voyez que son urine présente une teinte bleu foncé; les matières fécales sont également colorées; ce sont les seules excrétions qui sont colorées, quand on prend du bleu de méthylène. Remarquez aussi que sa conjonctive est légèrement bleuâtre. Il prend du bleu de méthylène depuis plusieurs mois.

Il me semble inutile d'insister sur l'importance qu'il y a à faire le diagnostic de la goutte, du rhumatisme et de l'arthrite rhumatoïde. Dans beaucoup de cas, on n'a pas diagnostiqué l'arthrite rhumatoïde, et ces cas ont été considérés comme du rhumatisme, et cependant, le traitement est tout à fait différent. Je ne m'occuperai pas ici des cas aigus, mais on peut leur appliquer d'une façon générale ce que je dirai des formes chroniques.

En premier lieu, permettez-moi d'insister sur ce fait que beaucoup de cas diagnostiqués comme rhumatisme chronique des jointures ne sont pas du rhumatisme chronique : il s'agit le plus souvent d'arthrite rhumatoïde ou de goutte. Je crois que le rhumatisme chronique des jointures, le rhumatisme articulaire chronique est une affection rare. Ici, vous voyez souvent arriver avec le diagnostic de rhumatisme chronique des malades qui présentent des déformations des jointures avec érosion des cartilages, des excroissances osseuses et des craquements articulaires. Ce sont, en réalité, des cas d'arthrite rhumatoïde, c'est-à-dire de cette affection que l'on désigne encore sous le nom de rhumatisme goutteux, ou d'arthrite déformante, ou encore de polyarthrite déformante.

Examinons, maintenant, les caractères de ces maladies : Dans le premier cas, il s'agit donc de rhumatisme. Qu'est ce que le rhumatisme? Le rhumatisme est un trouble de la santé qui se manifeste sous la forme de rhumatisme aigu ou de fièvre rhumatismale, mais dans la forme chronique, bien qu'il se manifeste au niveau des articulations, le plus souvent; ce trouble se montre aussi quelquefois, soit sous forme de chorée, soit par de l'érythème, des nodosités fibreuses, soit, enfin, par de la péricardite ou de l'endocardite. Le rhumatisme chronique peut donc être, soit articulaire, soit abarticulaire et, ce qui vient souvent confirmer le diagnostic de rhumatisme, c'est l'efficacité du traitement par le salicylate de soude. Tout cas soupçonné être du rhumatisme qui n'est pas amélioré par le salicylate de soude, est certainement de l'arthrite rhumatoïde ou de la goutte.

Enfin, je vous rappelle que le rhumatisme dans sa forme chronique ou subaiguë peut attaquer les jointures, mais il ne produit jamais la déformation dont je vous ai déjà parlé, les ostéophytes et les altérations des cartilages.

En général, il est donc facile de faire le diagnostic du rhumatisme. Quand on voit un malade, se plaignant de douleurs articulaires, douleurs mobiles, allant d'une articulation à une autre, et que les phénomènes douloureux siègent en même temps dans les muscles, si, en même temps que ces douleurs mobiles, on constate de l'érythème, le diagnostic de rhumatisme est évident; d'autant mieux que la marche capricieuse des localisations articulaires, la diminution rapide des tuméfactions articulaires, l'association des douleurs musculaires viennent encore affirmer cette manière de voir. Enfin, l'efficacité du traitement par le salicylate de soude ferait disparaître tous les doutes.

Le diagnostic de la goutte avec l'arthrite rhumatoïde bien que moins facile, se fera aisément si l'on examine le malade avec soin. Notre quatrième malade, quand je le vis pour la première fois, avait la goutte dans les deux mains, les deux coudes, avec un gonflement considérable. Voyez, maintenant, après le traitement, quel est son état : plus de gonflement, les dépôts goutteux se sont résorbés, les articulations ont repris leur forme primitive. Dans l'arthrite rhumatoïde, la déformation est due aux ostéophytes et aux excroissances développées dans les parties périphériques des cartilages. De sorte que, même dans ce cas de goutte, si vous l'avez pris pour de l'arthrite rhumatoïde, le fait que les articulations, après le traitement, ont repris leur volume normal, montrerait l'erreur de diagnostic. Je crois que, bien souvent, le mauvais nom de rhumatisme goutteux appliqué à l'arthrite rhumatoïde a causé de la confusion.

Voici, rapidement énumérés les caractères qui distinguent les deux maladies : l'arthrite rhumatoïde se développe plus fréquemment chez les femmes, tandis que la goutte s'observe plus communément chez les hommes. On voit l'arthrite rhumatoïde chez les pauvres et ceux qui se nourrissent mal; la goutte est l'apanage des gens aisés et faisant bonne chère. L'arthrite rhumatoïde est améliorée

Digitized by Google

par un régime fortifiant; le goutteux doit suivre au contraire un régime doux, très sévère.

Dans l'arthrite rhumatoïde, le début est insidieux Dans la goutte, il est brusque et facile à reconnaître. La première attaque de goutte est le plus souvent localisée aux pieds, au niveau du gros orteil; l'arthrite rhumatoïde, qui, au cours de son évolution ultérieure, peut envahir toutes les jointures, des deux mains, commence presque toujours par une seule jointure; le plus souvent, elle affecte une des articulations du pouce, la carpo-métacarpienne ou la métacarpo-phalangienne, puis elle envahit les autres articulations. Si l'on énumère l'aspect extérieur, on voit que dans l'arthrite rhumatoïde, au début, il n'y a ni gonflement, ni rougeur. Dans la goutte, au contraire, la tuméfaction est évidente dès le début, il y a de la rougeur, et un état luisant de la peau, caractéristique.

Dans l'arthrite rhumatoïde, il y a un peu de douleur au début, il y a un peu de sensibilité dans l'articulation, et cela commence d'une façon tout à fait insidieuse. Ce début insidieux fait que les malades n'y prêtent guère attention, et qu'ils ne viennent consulter qu'à une période déjà avancée de leur maladie. Dans la goutte, au contraire, dès le début, la douleur est excessivement vive; en général, le malade est réveillé de très bonne heure par une douleur atroce du gros orteil. Il est donc important, dans le cas où l'on doute, de s'enquérir du mode de début.

Quant à la localisation articulaire, qui, dans la goutte, *est aux pieds* et dans l'arthrite rhumatoïde, aux deux mains, je dois ajouter qu'il est une jointure qui est très souvent prise dans l'arthrite rhumatoïde, je veux parler de l'articulation temporo-maxillaire. Or, celle-ci n'est jamais atteinte dans la goutte.

Un autre caractère important de l'arthrite rhumatoïde, est sa symétrie remarquable dans les petites jointures des mains. Cette symétrie n'existe jamais dans la goutte. On s'est même basé sur cette symétrie pour dire que l'arthrite rhumatoïde est une maladie d'origine nerveuse. Je ne le pense pas, et je reviendrai tout à l'heure sur la cause de cette maladie.

Enfin, dans le cas d'arthrite rhumatoïde, on ne trouve jamais de biurate de soude dans les articulations ni dans le sang, ce qui est la règle dans la goutte. Je ferai remarquer en passant que l'acide urique n'existe jamais à l'état libre dans le sang. On ne le trouve qu'à l'état de quadriurate ou de biurate, et c'est sous cette dernière forme qu'il se dépose dans les jointures.

Voyons maintenant l'étiologie de ces trois affections. Il n'y a pas grand' chose à dire pour le rhumatisme, car nous en ignorons la cause. Je crois que le rhumatisme aigu est sans doute une maladie infectieuse, c'est-à-dire une maladie microbienne, et probablement, les douleurs articulaires ou musculaires sont dues à quelque produit toxique provenant de l'agent microbien : mais nous ignorons quel peut être ce produit toxique. On n'a pas encore isolé un micro-organisme particulier au rhumatisme, mais plusieurs raisons font croire à sa nature infectieuse, son développement par épidémie de région, ou de maison, la soudaineté avec laquelle les malades sont atteints. On avait supposé autrefois que les douleurs étaient dues à l'acide urique, puis à l'acide lactique. Aucune de ces théories n'est exacte. Il se fait une production toxique : peut-être s'agit-il d'un acide gras mis en liberté dans l'organisme, déterminant les gonflements articulaires et les douleurs musculaires. Ce qui ferait supposer cela, c'est l'effet vraiment magique du salicylate pour calmer la douleur et arrêter la maladie. Le salicylate de soude est un corps qui peut s'unir aux acides gras, comme la glycocine, et les éliminer de l'organisme sous forme de salicylurate de soude.

L'étiologie de la goutte n'est pas discutable. C'est une maladie due à l'accumulation de l'acide urique dans la circulation, sous forme de quadriurate d'abord, puis ensuite sous forme de biurate. Le quadriurate est un corps instable, qui se change en biurate, qui existe en solution dans le sang au début, puis ensuite se dépose dans les articulations. Les opinions diffèrent sur le lieu de production de l'acide urique sur sa présence dans le sang des sujets bien portants, ou seulement chez les gens malades, mais cela n'a aucun rapport avec la cause de la goutte.

Pour la pathogénie de l'arthrite rhumatoïde, la discussion est encore ouverte bien que les doutes sur la cause de la maladie n'existent guère. Comme beaucoup d'auteurs, je crois que c'est une maladie infectieuse due à des microbes fixés dans les articulations. A cause de la symétrie de l'affection, on en avait fait une maladie nerveuse : mais cette manière de voir est erronée : elle ne commence jamais d'une manière symétrique : elle débute dans une jointure d'un côté, puis envahit les autres articulations. Si elle était d'origine nerveuse, toutes les jointures devraient être envahies en même temps. L'hypothèse de l'origine nerveuse était aussi basée sur le développement de l'atrophie musculaire qui existe quand les grandes articulations sont atteintes. Voyez les genoux de notre second malade : ses muscles sont tout à fait atrophiés : or cette atrophie existe dans tous les cas d'arthrite chronique, quelle que soit leur origine ; il n'y a donc pas plus de raison d'attribuer à une cause nerveuse l'atrophie musculaire de l'arthrite rhumatoïde que celle qui est en rapport avec une arthrite chronique quelconque. Un autre fait qui ruine cette théorie nerveuse est que si cette atrophie était due à quelque affection du système nerveux central, on devrait constater la réaction de la dégénérescence : or, on ne l'observe jamais dans l'arthrite rhumatoïde. Cela prouve donc que cette atrophie est due au non fonctionnement des muscles. Il est enfin une autre preuve contre l'hypothèse nerveuse, c'est que dans aucun examen, on n'a découvert de lésions médullaires dans les cas d'arthrite rhumatoïde. Je crois donc qu'il s'agit d'une maladie infectieuse due à la présence des micro-organismes dans les jointures ; ils y produisent une toxine qui, se répandant dans l'organisme, est la cause de tous les symptômes nerveux qu'on voit se déve-

Digitized by Google

lopper. Les symptômes nerveux sont donc secondaires à la localisation de la bactérie dans l'organisme.

Plusieurs raisons justifient cette manière de voir. D'abord, l'arthrite rhumatoïde est souvent une suite de quelque autre maladie infectieuse, c'est-à-dire de quelque autre affection qui permet aux bacilles de pénétrer dans le système circulatoire. Chez l'enfant, elle succède à la scarlatine, à la fièvre rhumatismale, à l'amygdalite aiguë; ce sont autant de portes ouvertes aux bacilles pour pénétrer dans le système circulatoire. Chez l'adulte, l'arthrite rhumatoïde est souvent secondaire à quelque maladie infectieuse qui peut être une affection ulcéreuse des amygdales ou du tube digestif : ce sont par les lésions ainsi produites que les organismes ont accès dans la circulation. Secondement, on a trouvé après la mort, des organismes dans les articulations, à la fois dans les cartilages et dans le liquide articulaire, et même lorsque ce liquide a été retiré par ponction pendant la vie. Dans plusieurs cas, ils ont été retrouvés par deux de nos compatriotes Bannatyne et Wohlmann, qui ont pu faire des cultures de ces organismes, mais ils n'ont pas réussi à reproduire la maladie aux animaux auxquels ils avaient inoculé ces cultures : il manquait donc cette preuve capitale pour démontrer le caractère infectieux de la maladie. Or, on vient tout récemment de fournir cette preuve. Deux Allemands, von Dungern et Schneider, dans un cas d'arthrite rhumatoïde, qui fut suivi de mort au bout de plusieurs années, ont réussi à cultiver un diplocoque, dont les cultures injectées à des lapins ont reproduit une maladie analogue à celle dont le malade avait souffert.

Quant au traitement, il est très difficile dans ces trois maladies. Nous avons vu l'efficacité des salicylates dans le rhumatisme, mais pour l'arthrite rhumatoïde, le traitement est plus difficile. Si vous avez affaire à un cas au début, vous pouvez lui faire beaucoup de bien. On peut guérir certainement un cas d'arthrite rhumatoïde aiguë, si le diagnostic a été fait d'une façon précoce. Mais dans les cas anciens, peut-on quelque chose? Il est alors possible d'arrêter la marche de la maladie, de soulager la douleur, et de rendre les mouvements plus faciles. Notre malade a pris du carbonate de gaïacol et du bleu de méthylène. L'amélioration qu'il présente consiste en une diminution des douleurs et du gonflement, et une facilité plus grande des mouvements. Je dois aussi indiquer comme un autre excellent moyen de traitement, l'emploi des bains d'air chaud qui donne aussi d'excellents résultats dans la goutte et le rhumatisme.

Pour la goutte, les meilleurs médicaments sont le colchique et ceux qui diminuent l'acidité urinaire, comme le citrate de potasse et le bicarbonate de potasse.

De tout ce que je viens de vous dire, vous voyez que le diagnostic différentiel de ces trois maladies est facile, si on étudie attentivement le malade. Pour le pronostic, il est important que le diagnostic soit exact, parce que le traitement qui réussit dans un cas peut faire beaucoup de mal dans l'autre.

Je dois en terminant vous dire qu'il n'est pas rare d'observer l'arthrite rhumatoïde et la goutte associées chez le même malade : on voit des dépôts goutteux se former dans les articulations atteintes d'arthrite rhumatoïde. Un sujet atteint d'arthrite rhumatoïde, qui fait bonne chère pendant quelque temps, et, si surtout il boit du vin, peut voir se développer la goutte dans ses articulations : mais ce n'est qu'une complication et il n'y a pas de rapport entre ces deux états : l'un ne prédispose pas à l'autre. Au contraire, le rhumatisme prédispose à l'arthrite rhumatoïde; en effet, une personne qui a été sujette au rhumatisme, à des troubles de nutrition dans ses articulations ; ce qui en fait un terrain propice pour le développement des micro organismes qui ont pu y pénétrer. C'est pour cela qu'on voit l'arthrite rhumatoïde si fréquente chez d'anciens rhumatisants. — P. Luff, *médecin de la consultation externe à St Bary's Hospital* (*The Clin. Journ.*).

Sur le danger de la disparition rapide des œdèmes rénaux. — Sur le conseil même de M. Huchard, je crois devoir appeler l'attention sur un accident survenu chez un malade vu par lui récemment à Nice avec le Dr Tymowski et moi.

Il s'agit d'un malade atteint de sclérose rénale avec urémie chronique, vomituritions, gêne gastrique, œdème pulmonaire à droite et œdème considérable des membres inférieurs. Le régime lacté sévère avait amené une amélioration telle qu'elle équivalait à une guérison ; la diurèse fortement excitée par le lait et des doses modérées de théobromine avait entraîné la disparition de tous les troubles; un mois après, la poitrine était libre, l'estomac fonctionnait parfaitement. Seul l'œdème des jambes persistait. Pour faire disparaître ce dernier vestige des troubles antérieurs et en maintenant le traitement prescrit (lait et théobromine) il avait été prescrit de faire sur les jambes un bandage légèrement compressif. La prescription fut exécuté, et, en effet, les jambes reprirent leur forme et leur volume normaux, mais en même temps, et malgré la persistance d'une diurèse abondante, les phénomènes urémiques reparurent, nausées, oppression, malaise profond; le bandage compressif fut enlevé; les œdèmes des membres inférieurs se reproduisirent et les malaises disparurent.

S'il m'était permis de hasarder une explication de ce curieux incident, je dirais qu'en refoulant rapidement dans la circulation générale des liquides stagnant depuis longtemps et chargés de déchets, on a augmenté la teneur en toxines des humeurs de l'économie. Je ne voudrais pas à ce sujet tomber dans les controverses relatives à la pathogénie de l'urémie ; je retiens seulement ce fait que cet état morbide est causé par la rétention dans les tissus des déchets que ne peut éliminer un rein insuffisant. Les déchets en solution dans les œdèmes sont pour ainsi dire déjà

Digitized by Google

en dehors de l'économie; si on les ramène dans la circulation générale, si on les verse dans des liquides qui sont déjà au maximum de saturation compatible avec une santé passable, on produit une surcharge qui immédiatement ramène les symptômes de l'urémie.

J'ai observé des faits analogues avec des médicaments éliminateurs qui mobilisaient les déchets organiques chez des malades qui en étaient déjà saturés. Si le rein ne répondait pas suffisamment à la sollicitation médicamenteuse, on obtenait une aggravation des symptômes que l'on prétendait combattre.

Comme conclusion pratique, je dirai que les œdèmes des rénaux doivent être attaqués avec une certaine réserve; il faut proscrire les moyens brusques comme la compression et se borner suivant les cas, soit à attendre la résolution par le rétablissement de la perméabilité rénale, soit donner issue au liquide par des mouchetures aseptiques ou par tout autre moyen analogue. — Balestre, *professeur agrégé de la Faculté de Montpellier.*

HYGIÈNE

L'alcoolisme et son remède. — Rien n'est brutal comme un chiffre; et ceux que nous allons citer, empruntés à une communication de M. le Dr Reille (*Annales d'hygiène publiques*) concernant la consommation toujours croissante de l'alcool en France, sont réellement inquiétants! En 1855, la consommation annuelle était de 1 lit. 5 d'alcool à 100° par habitant; en 1873, la moyenne de consommation annuelle était montée à 2 lit. 59, et actuellement les statistiques nous montrent que cette consommation est arrivée au taux de 4 lit. 5 d'alcool à 100° par tête. Le titre ordinaire des eaux-de-vie, dans le commerce, étant de 37°.6, il en résulte que la consommation annuelle par habitant, sans distinction de sexe ni d'âge, est de 22 lit. 16 par personne. Si, au dire des statisticiens, mettant de côté les femmes, les enfants et quelques hommes, on admet que le huitième de la population seulement consomme de l'alcool produit ou importé en France, on arrive pour le huitième de la population au chiffre de 97 lit. 28 d'eau-de-vie à 37°.5.

Cette consommation d'alcool est surtout considérable dans les grandes villes et dans les mieux ouvriers. C'est ainsi qu'à Rouen, on boit annuellement 17 litres d'alcool à 100° par habitant; au Havre et à Caen 16 litres; à Paris 8 litres. Il est à remarquer que les départements qui boivent le moins de vin consomment la plus grande proportion d'alcool; ce sont entre autres la Seine-Inférieure, la Somme, l'Aisne, la Mayenne, le Calvados, l'Eure, le Pas-de-Calais, le Finistère, le Nord. Le contraire s'observe là ou la culture de la vigne est florissante (départements du Midi et de l'Ouest). De plus dans ces départements l'alcool consommé est presque exclusivement constitué par les eaux-de-vie de vin, alcool éthylique, dans la toxicité relative est de beaucoup la moins considérable.

Cette question de la nature de l'alcool consommé, au point de vue toxique, est des plus importantes; s'il est toujours toxique, les degrés de toxicité sont différents. D'après M gnan et Laborde, l'injection d'un centimètre cube d'alcool éthylique à un cobaye plonge l'animal dans une ivresse profonde, dont il guérit, tandis que l'injection d'une quantité d'alcool amylique détermine une ivresse comateuse entraînant la mort. Sur ce point, les statistiques sont loin d'être rassurantes. En 1854, la France fabriquait environ 900.000 hectolitres d'eau-de-vie de vin, et les alcools industriels étaient presque inconnus. En 1886, la proportion d'eau-de-vie était tombée à 20.000 hectol.; en 1892, elle s'était un peu relevée et atteignait 60.000 hectol. En même temps la quantité d'alcool fabriqué par l'industrie augmentait progressivement et actuellement cette production atteint au minimum le chiffre de 2.200.000 hectol. par an. Il est donc évident que la consommation d'alcool éthylique, le moins dangereux, est absolument exceptionnelle et que l'alcoolisme actuel est dû à des alcools de mauvaise qualité plus ou moins rectifiés.

Etant donnée l'influence si néfaste de l'alcoolisme au point de vue social, il appartiendrait à l'Etat de mettre une entrave à la liberté individuelle, quand cette liberté devient un abus flagrant et surtout, comme c'est le cas, nuit à l'intérêt général de la race.

A l'étranger depuis longtemps et en France depuis peu il s'est constitué des sociétés, dites de tempérance, qui ont pour but de réagir contre les progrès incessants de l'alcoolisme. Au début, ces diverses sociétés ont été froidement accueillies; mais aujourd'hui l'idée de la lutte contre l'alcoolisme a fait son chemin et l'opinion publique a commencé à s'inquiéter de la question.

Faut-il, comme d'aucuns le voudraient, prêcher la suppression absolue de toute boisson contenant de l'alcool, vin, cidre, bière, ou suivant l'avis de plus modérés, sans songer à interdire d'une façon absolue l'usage de l'alcool en réglementer sérieusement la vente.

D'après M. le Dr Reille, les intransigeants n'arriveront jamais à un résultat sérieux: ils pourront faire de fervents, apôtres, mais le nombre des alcooliques n'en sera guère diminué.

Les anti-alcooliques modérés ont proposé diverses mesures: la première est la monopolisation de l'alcool par l'Etat: système proposé par M. Alglave. Si ce monopole existe en Suisse pour les alcools industriels, dont la plus grande partie vient de l'étranger, en France il y aurait à lutter contre les bouilleurs de cru si jaloux du privilège, défendu par les députés des régions vinicoles. Et puis n'y aurait-il pas de grandes chances, vu l'augmentation constante du budget des dépenses, pour que l'Etat, sans favoriser l'alcoolisme, ne fasse aucun effort pour restreindre la consommation de l'alcool.

Parmi les autres moyens proposés, l'éducation pourra rendre des services, à condition toutefois qu'on ne veuille

Digitized by Google

pas aller trop loin et que l'on entreprenne pas une campagne pour substituer l'eau pure à toute autre boisson.

D'autre part, faire appel à l'autorité morale de tous ceux qui peuvent exercer une influence sur les individus, les instituteurs, les curés, les gradés de l'armée. Nous pourrions ajouter que des conférences populaires devraient, dans l'espèce, produire d'excellents résultats.

Enfin, il est un autre moyen de diminuer l'alcoolisme, signalé par M. le Dr Reille, c'est celui qui aurait pour objet la réglementation des lieux de vente des boissons. Sans vouloir remettre en vigueur les anciennes ordonnances, qui interdisaient aux gens ayant ménage d'aller boire dans les tavernes et cabarets, il y aurait peut-être lieu de veiller plus étroitement à l'application de la loi de 1875 qui se contente de punir de peines, beaucoup trop légères, l'ivresse publique. Cette même loi interdit l'entrée du cabaret au meneur de moins de seize ans. Or, comment cette prescription est-elle observée!

Une proposition de loi a été déposée sur le bureau du Sénat tendant à diminuer et à limiter le nombre des cabarets ; d'après cette loi, au fur et à mesure que les tenanciers actuels, pour une raison ou pour une autre, cesseraient leur commerce, un nouveau débit de vins ne pourrait s'ouvrir sans autorisation spéciale, et le nombre fixé à un débit pour 300 habitants.

A Paris, la limitation des débits amènerait la disparition de 19.000 marchands de vins sur les 30.000 qui existent actuellement!

Bien que certains conseillers municipaux aient été opposés à cette mesure, prétendant que la diminution des cabarets ne diminuerait en rien l'alcoolisme et ne servirait qu'à faire la fortune des cabaretiers établis, il n'en est pas moins vrai que ce projet de loi n'a rencontré aucune opposition sérieuse et qu'étant donné que c'est bien chez le marchand de vin que l'ouvrier va s'intoxiquer et trop souvent accompagné de sa femme et de ses enfants, la première chose à faire serait, en limitant et en diminuant le nombre si grand des marchands de vin, de diminuer par là même les trop nombreuses occasions pour l'ouvrier, soit d'y entrer seul ou d'y être appelé par des camarades. Cette sage mesure sera t-elle jamais ou de sitôt appliquée! — Dr E. Yot (Versailles).

CLINIQUE INFANTILE

La pneumonie à rechutes chez les enfants. — La pneumonie à rechutes dont M. Chauffard a rapporté une observation (*Presse médicale 1899*) et à qui Mlle M Kaminski a consacré sa thèse, n'est pas rare chez les enfants.

Tordeus (*Journal de médecine de Bruxelles 1888*) en a rapporté deux observations. Binz en a publié une observation en 1864 dans laquelle il y eut deux rechutes successives. M. Comby en a cité deux cas (*Traité des maladies de l'enfance*) : dans le premier la rechute fut unique, dans le second elle fut double. Enfin M. Guinon, chez un enfant de trois ans et demi, a observé une pneumonie du sommet droit avec deux rechutes successives. Stockton (*Philad med. journ. 1898*) en a publié un cas. Concetti (*La Pediatria* mai 1899) en a publié quelques observations, concernant toutes des formes abortives, congestives, sans hépatisation durable. Palier (*N. J. med. Journ. 1899*) décrit encore quelques cas de pneumonie à rechute, sous le nom de pneumonie erratique.

Ainsi la pneumonie à rechutes est loin d'être exceptionnelle chez les enfants. Elle s'observe à tous les âges, même dès les premiers mois; mais peut-être s'agit-il alors de broncho-pneumonie, la pneumonie vraie n'existant guère avant un an.

La rechute se produit dans les formes abortives, éphémères, congestives, aussi bien que dans les formes intenses, prolongées, avec hépatisation véritable. Tantôt elle se déclare rapidement, après un ou deux jours d'apyrexie seulement, tantôt elle est séparée de la première atteinte par un intervalle de huit jours ou plus. Elle peut être simple ou double. La durée de la maladie est alors assez longue, et atteint un mois à deux mois.

La rechute peut se faire au même point que la première pneumonie, parfois en un autre lobe du même poumon, ou sur le poumon du côté opposé.

La première pneumonie se termine par la défervescence, le souffle disparaît, l'enfant semble guéri; mais après quelques jours d'apyrexie, la fièvre reparaît tout à coup, la toux et la dyspnée se reproduisent, et on entend de nouveau des râles crépitants et du souffle tubaire.

La rechute est tantôt éphémère et plus légère que la première atteinte, tantôt plus grave et plus durable. Cependant la guérison complète est la règle, comme dans la pneumonie simple, et l'enfant ne conserve aucune trace de ses pneumonies successives. — E. L. M.

Le testicule dans la syphilis héréditaire. — L'orchite interstitielle des syphilitiques héréditaires est bien connue depuis les travaux du Pr Hutinel ; il en est de même pour les arrêts de développement du testicule liés à l'infantilisme général. M. Seringe a étudié récemment dans sa thèse l'épididymite interstitielle isolée ou associée à l'orchite des hérédo-syphilitiques ; il a montré que les lésions pouvaient atteindre même le canal déférent.

Les lésions sont caractérisées par une prolifération du tissu conjonctif interstitiel, par la production de petites gommes microscopiques périvasculaires et parfois même de gommes volumineuses. L'hydrocèle vaginale considérée jusqu'ici comme une rareté dans le sarcocèle hérédo syphilitique, existe en réalité, dans près du quart des cas. — E L. M.

La dilatation hypertrophique du gros intestin chez l'enfant. — La dilatation du gros intestin chez l'enfant, déjà signalée par Jacobi, bien étudiée surtout par

Digitized by Google

Hirschprung, vient d'être l'objet d'un travail de Axel Johannessen qui en rapporte trois observations *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, février 1900).

Cette affection, surtout fréquente dans le sexe masculin, se manifeste immédiatement après la naissance par de la paresse du gros intestin. La constipation est plus ou moins marquée : tantôt il n'y a que quelques jours d'intervalle entre chaque selle, tantôt cet intervalle est de deux à trois semaines, de plus d'un mois même. Dans certains cas il se produit de la diarrhée.

La constipation est accompagnée d'une distension considérable du bas ventre qui survient aussitôt après la naissance. Quelquefois il y a des vomissements. Cependant l'état général est relativement bon.

A l'autopsie on trouve une dilatation énorme du gros intestin, qui peut atteindre la grosseur d'un bras d'adulte, et un fort épaississement des parois du cœcum et du côlon. Souvent il existe en même temps de la colite ulcéreuse. Mais le fait le plus important est la présence de boucles particulières dans l'S iliaque dues à une disposition anormale congénitale du gros intestin. Ces coudures de l'S iliaque amènent un obstacle au cours des matières intestinales et il en résulte une hypertrophie avec dilatation des parties situées en amont. — E. L. M.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement de la pneumonie chez les enfants. — Les traitements mis en œuvre contre la pneumonie infantile par les médecins américains sont sensiblement les mêmes que les traitements préconisés en France, ainsi qu'il ressort d'une discussion à l'Académie de New-York (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, février 1900).

En règle générale, les médicaments ne doivent tenir qu'une petite place dans le traitement de cette affection. D'ailleurs la pneumonie des enfants tend spontanément vers la guérison. Le traitement doit être surtout hygiénique : aérer largement, changer l'enfant de pièce, maintenir une température de 20° ; changer souvent les enfants de position pour calmer leur agitation ; donner une alimentation composée de liquides nutritifs, telles en sont les principales règles. La toux est plus facilement calmée par des inhalations de vapeurs d'eucalyptol, de creosote, de térébenthine que par des médicaments internes.

Dans les formes adynamiques on donnera un peu d'alcool ou de vin liquoreux.

Dans les formes toxémiques, le principal danger vient de l'affaiblissement du cœur. On le combattra par le sulfate de strychnine donné par la bouche ou en injections hypodermiques à la dose de 2 à 3 dixièmes de milligrammes, toutes les trois heures chez un enfant d'un an. La nitroglycérine est indiquée dans les cas où le pouls est faible, la face très pâle, et la pneumonie étendue. L'oxygène, la caféine, les bains sinapisés, peuvent rendre de grands services.

Dans les formes hyperthermiquee, on se gardera d'employer les médicaments antipyrétiques qui augmentent la faiblesse du cœur ou diminuent la sécrétion rénale. L'hydrothérapie donne de bons résultats. Charpin applique sur la tête et l'occiput un sac de glace, et sur la poitrine des compresses froides à la température de 20° à 35°, qu'on change toutes les dix minutes jusqu'à l'abaissement de la température.

Baruch préconise le bain à 35° chez les enfants au-dessous de trois ans. La température du bain est abaissée par l'addition d'eau froide jusqu'à 30°. La figure de l'enfant est aspergée avec de l'eau à 23°, et l'on fait des frictions sur le corps du malade. Le bain dure cinq minutes et est répété toutes les six heures.

Dans l'intervalle des bains, on applique sur la poitrine des compresses mouillées à 23° et l'on recouvre le tronc d'une flanelle.

Si l'enfant a du délire, si le cœur faiblit, si la dyspnée s'accroît, on fait seulement toutes les deux heures de simples immersions dans de l'eau à 27° durant quelques secondes.

La température des bains ne doit jamais être abaissée au-dessous de 24° parce que les pneumoniques résistent moins bien à l'eau froide que les typhiques. Il faut toujours veiller à ce que la réaction se fasse bien, et au besoin la provoquer par des frictions après le bain.

L'ingestion d'eau froide est aussi très utile : elle abaisse la température et provoque la diurèse. On peut donner 30 à 120 grammes d'eau froide toutes les deux heures, suivant l'âge, et en alternant avec du lait. — E. L. M.

La nutrition chez le nourrisson. — L'alimentation du nourrisson est une question capitale et qui a soulevé de tous temps de nombreuses discussions. Elle est particulièrement difficile à résoudre dans les grandes villes, où l'allaitement maternel et même l'allaitement par une nourrice mercenaire deviennent des raretés.

Pour être rationnelle, pour éviter les troubles nutritifs, si fréquents et si meurtriers chez les nourrissons, l'alimentation doit avoir pour base la connaissance complète de l'utilisation des matériaux constitutifs du lait maternel et des divers laits qui peuvent le suppléer ou le remplacer.

Aussi le travail que M. Ullmann a entrepris (Th. Paris 1900) est-il d'une grande utilité. Les recherches personnelles complètent et confirment les résultats des travaux de Camerer, de Lange, de Michel et Budin.

L'assimilation des matériaux nutritifs par l'enfant présente avec celle de l'adulte une différence capitale qui consiste dans un besoin alimentaire infiniment plus grand chez le nourrisson que chez l'adulte.

Pourtant le processus d'assimilation se fait chez l'adulte et chez le nourrisson suivant les mêmes lois biochimiques.

Digitized by Google

Mais l'accroissement du besoin alimentaire chez le nourrisson tient à ce fait que la surface des téguments est proportionnellement plus grande chez le nouveau-né que chez l'adulte, un kilogramme de poids du corps nécessitant une surface de revêtement plus grande chez le nouveau-né que chez l'adulte.

Or les aliments ne sont pas seulement destinés à fournir les matériaux que les tissus assimilent, mais aussi des substances qui, par leur combustion, fournissent du calorique et entretiennent la température constante dans l'organisme.

Le nourrisson ayant une surface tégumentaire plus considérable relativement à son poids que celle de l'adulte, perd plus de calorique et utilise nécessairement plus de matériaux alimentaires pour parer à la déperdition de chaleur.

Enfin, il doit encore pourvoir aux exigences de l'accroissement rapide des divers éléments de son économie.

Comparé au lait de vache pur, non mélangé, le lait maternel laisse assimiler des matériaux azotés en quantité infiniment plus grande que le lait de vache, malgré la teneur presque double en azote de ce dernier lait.

De tous les matériaux du lait, c'est la graisse qui donne le pourcentage d'assimilation maxima ; la graisse dégage, en effet, beaucoup de chaleur par la combustion, et on sait que c'est la dépense en calorique qui constitue la clef de l'alimentation du nourrisson.

L'azote vient immédiatement après la graisse. Le pourcentage de son assimilation est très élevé chez l'enfant nourri au lait maternel ; il est moindre chez l'enfant nourri au lait de vache.

L'assimilation des sels minéraux est certainement la plus imparfaite, aussi bien pour le lait maternel que pour le lait de vache.

Tous ces renseignements sur l'assimilation des différents éléments du lait sont obtenus par les analyses minutieuses des ingesta et des excréta. Cette méthode qui permet d'obtenir le bilan exact de la nutrition chez le nourrisson pourra peut-être rendre de grands services dans l'étude si difficile des atrophies infantiles, de l'athrepsie, du rachitisme et des infections gastro-intestinales. — E. L. M.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Pneumonie et hypotension artérielle

M. le Dr Nimo Porto, médecin de l'hôpital Saint-Joseph de Lisbonne, nous communique l'observation suivante qui prouve la nécessité de n'être pas absolu dans un pronostic fatal, toutes les fois que l'on constate une grande diminution de tension artérielle dans la pneumonie ; du moins, elle prouve qu'on pourra encore obtenir la guérison, en faisant tous les efforts pour relever la tension dans les cas très graves comme celui-ci :

« Je viens de soigner, dit-il, une dame, âgée de 80 ans, avec une pneumonie du sommet, au poumon droit, et qui a eu, depuis le troisième jour de maladie (15 décembre), une tension de 7, au sphygmo-manomètre de Potain. La pneumonie a commencé en haut de la ligne axillaire antérieure, d'où elle s'est répandue dans les deux lobes supérieurs. La recherche de la tension était faite tous les jours, le matin, à midi et le soir. Pendant douze jours elle s'est maintenue aux environs de 7, en descendant le cinquième et le sixième jour à 6,5 et seulement après des injections de sérum artificiel (2 et 3 fois par jour 200 grammes), de caféine et d'huile camphrée au dixième, elle montait à 8 et 9, mais elle ne s'y maintenait pas longtemps.

Le nombre des pulsations a varié entre 100 et 110 ; toujours d'accord avec la marche de la tension artérielle. Le nombre de respirations était de 36 à 40. La température avait un maximum de 39,5° le soir et un minimum de 38° le matin, dans les 9 premiers jours. Pendant ce temps l'expectoration souillée était rare. 4 ou 5 crachats par jour, qu'on n'obtenait qu'après beaucoup d'efforts de toux, en raison de sa viscosité. Couchée du côté gauche, la malade se plaignait toujours de sa grande dyspnée en demandant quelquefois de rester assise, ce qu'on lui permettait après les injections. — Les urines rares au commencement, albumineuses (1/5 gr.), augmentaient toujours après les injections de sérum.

Au bout de 15 jours de traitement la tension ne montait qu'à 9. La défervescence a été très lente ; le souffle a persisté en avant jusqu'au quinzième jour ; la crépitation de retour s'est montrée premièrement au dos, le douzième jour. La fièvre (37°6), l'anorexie, l'insomnie et l'albuminurie légère ont accompagné la lenteur de la défervescence.

La malade a pris régulièrement un décilitre de lait, ou du café au lait, avec 20 grammes de Porto toutes les deux heures, et six milligrammes de sulfate de strychnine par jour. Inutile de dire que la malade, aujourd'hui levée et dont la tension artérielle est de 14, n'a aucun signe de lésion au cœur.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

A propos du diagnostic histologique de la rage du chien. — M. Collin. Il résulte des recherches de MM. Cuillé et Vallée sur les altérations des centres nerveux des chiens enragés, que le diagnostic histologique ne peut donner à toutes les périodes de la maladie des renseignements certains sur la nature du mal. En effet, lorsque le chien succombe à l'évolution naturelle de la maladie, on peut affirmer par les examens nécroscopique et histologique des ganglions cérébro-spinaux, que le chien était enragé. Mais il n'en est plus de même, lorsque l'animal est sacrifié aussitôt après avoir mordu ; les lésions microscopiques, à plus forte raison les altérations macroscopiques, ne sont plus assez avancées pour affirmer la rage. Le diagnostic reste incertain, et le devoir du vétérinaire est d'engager la personne mordue à recourir au traitement de l'Institut Pasteur.

Le vaccin de chèvre en Kabylie. — M. Hervieux. Il résulte des expériences déjà anciennes de l'auteur et des observations plus récentes de M. Fargin, faites en Kabylie, que la vaccine inoculée aux chèvres se développe aussi bien que sur les génisses, donne un vaccin excellent qui,

Digitized by Google

inoculé chez l'homme, confère l'immunité variolique comme le cow-pox (*17 avril*)).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Choléra nostras avec entérocoque de Thiercelin. — MM. L. Galliard et René Monod. A une époque où sévissait la grippe, mais où personne ne songeait aux entérites cholériformes, le 9 janvier 1900, on a apporté à l'hôpital Saint-Antoine, un malade âgé de trente-six ans qui, dans l'après midi du 6 janvier, avait été pris brusquement, sans prodromes, de violentes coliques et de diarrhée profuse. Facies abdominal, cyanose, refroidissement des extrémités, aphonie, vomissements incessants, selles séreuses à grains riziformes, anurie, crampes très pénibles, rétraction douloureuses des bourses, abolition des réflexes rotuliens et pupillaires, myosis : le tableau du choléra était saisissant. Traitement par l'acide lactique, la limonade tartrique, l'eau de seltz glacée, l'entéroclyse.

Ce fut seulement le lendemain (cinquième jour de la maladie) que le collapsus algide, avec abaissement de la température rectale à 35°8 et pouls radial filiforme, nécessita l'injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum de Hayem. L'injection dut être renouvelée le sixième jour (T. 35°6, P. 88).

Le septième jour nous notions une légère amélioration (T. 36°7, et 36°1). Les accidents gastriques et intestinaux *s'atténuaient*; mais le malade n'entrait pas franchement en réaction. L'anurie persistait.

Il fallut pratiquer le cathétérisme pour obtenir, le neuvième jour, 150 grammes d'urine épaisse. albumineuse.

Le dixième jour, la réaction abortive aboutissait, sans complication intercurrente, à l'état de marasme; profonde stupeur, délire de paroles, arythmie respiratoire. Pas de phénomènes congestifs; la température rectale ne dépassa pas 37°2 le onzième jour, jour de la mort.

L'autopsie n'a pas révélé d'altérations importantes des organes.

L'examen bactériologique des déjections recueillies pendant la vie a montré l'absence de bacilles-virgules et la présence exclusive de deux microbes : d'abord le colibacille, ensuite un diplocoque souvent entouré d'une auréole, cultivant facilement sur gélose. Ce diplocoque prédominait nettement dans les grains riziformes.

Les deux microbes se sont retrouvés dans l'urine recueillie à l'autopsie, dans le sang du foie, de la rate et des reins, pris également sur le cadavre. Dans les cavités cardiaques le diplocoque existait à l'état de pureté. Le liquide céphalo-rachidien ne contenait pas de microbes.

Bien que l'inoculation aux souris n'ait pas donné de résultat positif, nous assimilons notre diplocoque à l'entérocoque de Thiercelin et nous lui attribuons le rôle prépondérant dans la genèse de ce choléra.

Quelle a été la cause de la maladie? Notre enquête ne nous a rien appris. Dans l'entourage du malade, en ville, il n'y a pas eu d'entérite cholériforme; à l'hôpital aussi, le cas est demeuré absolument isolé.

Intoxication par les vapeurs de chlore; acné chlorique et tuberculose pulmonaire — MM. Louis Rénon et Latron. Nous venons d'observer un malade atteint d'acné comédon et de tuberculose pulmonaire à la suite d'une intoxication professionnelle par les vapeurs de chlore.

L'acné comédon réparti sur les pommettes, sur les oreilles, dans la barbe, sur le ventre, présente tous les caractères que MM. Herheimer, Thibierge et Pagniez ont, dans trois cas antérieurs, en 1899 et en 1900, attribués à l'acné chlorique; nous trouvons par places l'aspect du « tatouage produit par l'explosion d'une charge de poudre à peu de distance de la peau »; aux oreilles, les comédons alternent avec les kystes sébacés.

Notre malade a été employé, pendant neuf mois, dans la même usine que les malades de MM. Thibierge et Pagniez, à l'électrolyse du chlorure de sodium pour la fabrication du chlore et du chlorure de chaux. En nettoyant et remplissant les baquets ou « cellules », ils étaient exposés à l'inhalation des vapeurs de chlore, qui s'échappaient aussi parfois des ajustages des canalisations.

Les lésions pulmonaires tuberculeuses, avec ramollissement d'un des sommets et excavation de l'autre, n'ont débuté qu'après l'entrée du malade dans cette usine; cet homme se portait bien auparavant, il n'avait jamais toussé, travaillait dans les champs, et n'a point de tuberculeux dans famille. Il nous paraît bien difficile de ne pas faire jouer aux vapeurs de chlore un rôle dans la genèse de sa bacillose du poumon.

Il en résulte qu'outre les accidents bronchitiques et pulmonaires aigus, l'intoxication par les vapeurs de chlore peut être le point de départ d'affections à évolution moins rapide, comme la tuberculose pulmonaire commune.

Cirrhose hypertrophique biliaire à début splénique avec adénomégalie. — MM. Landrieux et Milian présentent des pièces se rapportant à un jeune homme de vingt-deux ans, malade depuis octobre 1898. Le début de l'affection avait été caractérisé par des douleurs dans l'hypocondre gauche avec gonflement progressif de l'hypocondre de ce côté, en même temps qu'alternatives de diarrhée et de constipation. En novembre 1898, on ne constatait aucun autre signe physique qu'une hypertrophie considérable de la rate qui avait fait penser à la leucémie splénique. L'examen du sang fut négatif. Dans la suite, apparurent un léger ictère qui se fonça de plus en plus, l'hypertrophie du foie et la réaction de Gmelin dans les urines, en même temps que les selles restaient colorées. Pas de fièvre. On porta le diagnostic de maladie de Hanot à début splénique. Le malade est mort en février 1900 d'hématémèses répétées.

L'autopsie montra qu'il s'agissait bien d'une cirrhose hypertrophique biliaire sans ascite. L'hématémèse était due à une ulcération à peine appréciable d'une petite varice œsophagienne. La rate pesait 1,900 grammes et le foie 2,070; tous les ganglions abdominaux et ceux du hile du foie en particulier, étaient hypertrophiés et de couleur gris noirâtre.

Digitized by Google

Le sang n'était pas coagulé dans les vaisseaux.

L'examen microscopique révélait des lésions cirrhotiques de la rate avec disparition presque complète des glomérules de Malpighi. Le foie montrait une cirrhose porto-biliaire avec périangiocholite; les ganglions étaient sclérosés et chargés de pigments biliaires.

Les auteurs insistent au point de vue clinique sur les périodes d'aplatissement et de somnolence coïncidant avec une oligurie marquée, sur les doigts hippocratiques du malade, sur l'état du sang (absence de leucocytose et de rétraction du caillot) non coagulé à l'autopsie et indiquant une cause expliquant l'intensité des hémorragies; ils insistent surtout sur le début splénique, auquel M. Chauffard attache une si grande importance dans la genèse des hépatites; au point de vue anatomique sur l'adénomégalie généralisée avec pigment biliaire dans les ganglions, et enfin sur la cirrhose splénique.

Cette cirrhose avec atrophie des éléments nobles de l'organe ne va pas avec le rôle d'hypertrophie compensatrice qu'on a pu attribuer à la splénomégalie.

Le diagnostic et le traitement du pneumothorax a soupape. — M. A. Béclère. Le moyen le plus simple et le plus inoffensif de mesurer la tension intra-pleurale en cas de pneumothorax consiste en une ponction capillaire de la plèvre faite aseptiquement dans un espace intercostal à l'aide d'une aiguille à injections hypodermiques, reliée par un tuyau de caoutchouc à un tube de verre de 15 centimètres environ, plongeant à moitié dans une éprouvette emplie d'eau. Ce manomètre, facile à improviser, permet de reconnaître aisément si le pneumothorax est ouvert, à soupape ou fermé.

Cette ponction capillaire, instrument de diagnostic différentiel, est en même temps le meilleur mode de traitement du pneumothorax à soupape. Elle suffit à l'issue de l'air accumulé en excès dans la plèvre, n'est presque pas douloureuse, peut être répétée aussi souvent qu'il est nécessaire et n'expose pas le malade au danger de l'emphysème sous-cutané comme l'évacuation faite avec les instruments habituellement employés pour la thoracenthèse.

La ponction capillaire dans le pneumothorax est bien préférable à l'aspiration, qui n'est pas seulement inutile, mais peut même devenir nuisible quand elle provoque la réouverture d'une perforation en voie de se fermer.

L'usage interne de la morphine, très utile dans toutes les perforations pulmonaires pour combattre la douleur, la dyspnée et la toux, est particulièrement indiqué dans les cas de pneumothorax à soupape où il est si nécessaire de s'opposer aux efforts de toux. Les injections sous-cutanées de morphine constituent le meilleur adjuvant des ponctions capillaires, dont elles servent à prévenir ou à retarder le retour.

Moule bronchique d'origine hémorrhagique. — M. Souques. L'origine exsudative est la cause la plus fréquente des concrétions bronchiques polypiformes; mais leur origine hémorrhagique, suivant l'ancienne doctrine de Laennec, paraît hors de cause dans certains cas. En voici un exemple.

Un jeune homme de 21 ans, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde compliquée de nécrose du larynx, est pris brusquement d'un violent accès de suffocation, qui nécessite la trachéotomie immédiate. Il rejette par la plaie trachéale une concrétion rougeâtre, longue de 16 centimètres, du volume d'une plume d'oie à sa grosse extrémité, ramifiée dichotomiquement comme un arbre bronchique. Les divisions les plus tenues avaient le calibre des bronches lobulaires ou sublobulaires. L'examen histologique montra que cette concrétion était formée de fibrine renfermant dans son reticulum de nombreuses hématies, quelques rares leucocytes et microbes divers. Il s'agissait donc bien d'un simple caillot. Les accidents asphyxiques disparurent après l'expulsion de cette membrane; mais ils se reproduisirent avec une nouvelle intensité 15 jours après, et malgré la présence de la canule trachéale, entraînèrent une mort immédiate.

A l'autopsie, on observa des ulcérations typhoïdiques en voie de cicatrisation, une nécrose du cartilage cricoïde. Le poumon droit était sain, le gauche très congestionné. La muqueuse bronchique de ce poumon, très congestionnée, ne montrait de trace du moule expectoré, qu'au niveau de fines ramifications bronchiques, où l'on retrouvait de petites concrétions, vestiges de membrane bronchique expulsée (*6 avril*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sur le prolapsus du rectum. — M. Gérard Marchant. Il existe plusieurs variétés cliniques de prolapsus du rectum; 1° le prolapsus muqueux, qui n'est qu'une éversion de la muqueuse; 2° le prolapsus ano-rectal caractérisé anatomiquement par le refoulement en dedans du rectum de toutes ses tuniques constituantes — le retournement en dedans de toutes les parties constituantes du rectum commence au niveau du 3e sphincter (sphincter supérieur, sphincter de Nélaton). C'est, en somme, l'ampoule rectale qui participe au prolapsus, et suivant que cette ampoule est complètement hors de l'anus ou incomplètement, le prolapsus est ano-rectal ou rectal. Il s'agit, en résumé, d'une véritable hernie du rectum au travers l'orifice anal du périnée.

L'insuffisance de la résection de la portion prolabée, ses récidives s'expliquent par la présence du cul-de-sac péritonéal entraîné par le prolapsus, cul-de-sac qui persiste après l'exérèse.

La recto-coccypexie semble être la véritable thérapeutique de la variété rectale ou ano rectale du prolapsus. C'est l'ampoule rectale qui est prolabée; en rétrécissant cette ampoule en hauteur, en largeur, et en la suspendant à une paroi stable, tel que le coccyx, on remédie sûrement à la hernie.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Digitale et théobromine; diurétiques

« Vous qui êtes l'auteur de la médication théobromique, vous n'avez pas dit encore assez de bien de la théobromine, un merveilleux diurétique, qui entre mes mains, depuis que vous en avez parlé, accomplit des miracles thérapeutiques ! »

C'est en ces termes qu'un de mes vieux amis, ancien collègue d'internat, Baréty, m'abordait hier (23 avril) à Nice, d'où j'écris simplement ces lignes tracées un peu à la hâte (elles n'en seront peut-être que moins mauvaises), sans notes et avec mes souvenirs personnels.

« Tout d'abord — lui ai-je répondu — laissez-moi faire, un peu à mon détriment, dans le seul intérêt de la justice et de la vérité, intérêt supérieur à tout autre, une importante rectification historique. On commet ou on laisse commettre à son profit, de nos jours, tant de larcins scientifiques — cela s'appelle en bon français, commettre un vol ou le recéler, ce qui est tout un — que je ne veux pas accepter pour moi seul un mérite appartenant encore à d'autres. Propagateur de la médication théobromique, de ses indications thérapeutiques, de sa posologie exacte, même de son action physiologique..., tant que vous voudrez; mais auteur, non. Du reste, il y a quelques années, à la Société de thérapeutique, j'ai traité complètement la question historique ; inutile d'y revenir.

« Vous pensez que je n'ai pas encore dit assez de bien de la théobromine? C'est vrai; mais, elle fait tant de bien qu'elle plaide et gagne elle-même sa cause ; elle nous dispense un peu d'écrire.... puisqu'elle agit. Alors, pour vous complaire, aidé de quelques souvenirs personnels et sans notes, je le répète, je vais... recommencer ».

I

La théobromine est un diurétique idéal, merveilleux, à des doses variant de 1 gr. 50 à 3 et même 4 grammes par cachets de 0.50 centigrammes régulièrement espacés dans la journée (1) ; et comme la thérapeutique a besoin d'être simplifiée et *réformée*, je dis qu'avec la digitale — un autre médicament héroïque, quand on sait s'en servir — le régime alimentaire et la théobromine, on possède trois armes suffisantes pour combattre, efficacement toujours, victorieusement souvent, les maladies du cœur et des reins.

(1) BARÉTY (de Nice) aurait obtenu des effets diurétiques avec des doses très faibles de théobromine (0.10 à 0.20 centigrammes par jour). Je serai heureux, pour ma part, de pouvoir vérifier ce fait important, surtout chez les sujets qui présentent une intolérance particulière pour ce médicament (céphalée théobromique *intolérable*).

« Et les fameux succédanés de la digitale, le convallaria, la spartéine, le strophantus, la coronille, le laurier rose (et tant d'autres), qu'en faites-vous ? »

Je n'en fais rien, ou plutôt je ne fais que peu de chose avec eux ; je n'en dis rien pour le moment dans la crainte d'éveiller quelques susceptibilités médicales et de perturber quelque peu la douce et récréative habitude de chercher des succédanés à un médicament qui n'en a pas besoin. Exception est faite cependant pour le convallaria maïalis, un médicament « honnête », comme me disait Balestre (de Nice), parce qu'il ne fait jamais de mal et qu'il fait souvent du bien par son action cardiaque et diurétique.

Cette rage (pardon ! j'ai dit « douce habitude ») de chercher des succédanés à un remède presque infaillible, s'explique. La digitale, un merveilleux outil, est souvent entre les mains d'ouvriers (lisez : médecins) qui ne savent pas s'en servir, et un très bon outil peut devenir très mauvais ou dangereux chez d'inhabiles ouvriers.

« La digitale agit lentement, dit-on, elle s'élimine lentement (une grande qualité, au lieu d'un défaut); elle s'accumule dans l'organisme, ce qui prouverait qu'elle doit toujours être prescrite à doses petites et répétées ; elle augmente la tension artérielle et c'est ainsi qu'elle est diurétique. Digitale : quinquina ou opium, ou encore alcool du cœur, puisqu'elle l'exciterait. Elle semble être le médicament indiqué contre l'arythmie, contre les palpitations, contre toutes les tachycardies, disent les uns et les autres. La digitale est un médicament dangereux ».

Autant de mots, autant d'erreurs. Et les vérités, aujourd'hui les plus incontestées, ont demandé des années pour s'installer lentement et progressivement, tandis que les erreurs arrivent d'un bond à la renommée et sont tenaces. Voici un exemple :

Il y a quelques jours, je voyais à Nice, avec mes distingués confrères, Balestre et de Tymowski, un cardio-scléreux rénal avec arythmie cardiaque des plus prononcées, une de ces arythmies, de ces boiteries irrémédiables et irréductibles du cœur à propos desquelles j'ai enseigné que la digitale n'a rien à faire. Le cœur scléreux boite, il boitera toujours, et c'est là le moindre de ses défauts dans cette maladie. Bien plus, lorsque d'une façon spontanée, l'arythmie vient à être subitement remplacée par une crise paroxystique de tachycardie avec régularité presque parfaite, mais transitoire des battements du cœur, *c'est là un mauvais signe,* chez ce malade du moins. Comme dans les accès de « tachycardie essentielle paroxystique », la dilatation du cœur n'est pas loin, et avec elle, ses conséquences fréquentes : thrombose cardiaque, infarctus pulmonaire, épanchement pleural assez souvent consécutif. Ici, sans doute, la digitale est indiquée, non

Digitized by Google

pas contre l'arythmie, irréductible par ce médicament encore une fois, non pas contre la tachycardie elle-même, mais surtout pour prévenir une de ses rapides conséquences : la dilatation du cœur. Et nous vons vu celui-ci, reprenant par la digitale en un jour des dimensions presque normales, conjurer un péril né d'un gros infarctus pulmonaire, l'arrêter dans ses progrès. Mais, nous nous sommes bien gardé de considérer chez ce malade, l'arythmie, comme étant une indication de la médication digitalique ; erreur journellement commise par ceux qui placent l'irrégularité des bruits du cœur parmi les principales indications de la digitale.

—« La digitale agit lentement ».—Sans aucun doute, mais pas toujours, et chez ce malade en question, Balestre et Tymowski m'ont fait judicieusement remarquer qu'après moins de trente minutes son action se fait sentir. Mais, ne l'oublions pas : son action *cardiaque* est le plus souvent rapide, elle peut apparaître après une demi-heure ou une heure; son action *diurétique* est lente, elle apparaît après 12, 24, 36 ou 48 heures. Mais, que de fois, dans des circonstances particulières qu'un bon clinicien doit prévoir et connaître, est-elle cardiaque sans être diurétique, ou diurétique sans être cardiaque? Exemple de l'action *dissociée* du médicament qu'il ne faut jamais perdre de vue. Car, si dans des circonstances bien déterminées par la clinique, l'action de la digitale doit rester cardiaque, défiez-vous, et n'insistez pas sur de trop fortes doses, sur des doses trop souvent répétées. Tel est le secret des intoxications digitaliques que l'on peut toujours éviter. Car, la digitale n'est pas le médicament « dangereux » que l'on dit ; dangereux, sans nul doute, entre des mains inhabiles, mais d'une innocuité constante pour tous ceux qui ont appris à manier l'arme la plus puissante de l'arsenal thérapeutique, pour tous ceux qui savent transformer en qualités ses prétendus défauts.

— « La digitale, opium du cœur, calme les palpitations. » — Quelquefois, mais pas toujours. Et quand ces palpitations viennent d'une perturbation quelconque, dans les fonctions digestives, quand elles sont engendrées chez les nerveux, les neurasthéniques, les hystériques, les anémiques, par l'angiospasme ou la vaso-constriction, par la lutte du cœur central contre les obstacles du cœur périphérique — « plus entraîneur qu'entraîné » — que va donc faire la digitale? Elle peut augmenter, aggraver, perpétuer ces palpitations.

Sans lésions cardiaques, les rhumatisants ou arthritiques, les goutteux ont des palpitations, et quand on ne trouve rien aux voies digestives pour les expliquer, sauf la « dilatation de l'estomac » qui n'a jamais été une maladie, on dit qu'il s'agit de palpitations rhumatismales, arthritiques ou goutteuses », et la question n'est pas plus avancée, puisqu'on n'indique pas le mode instrumental suivant lequel se produisent ces palpitations. Hé bien, voici leur pathogénie.

Ces malades (rhumatisants, arthritiques, goutteux), sont le plus souvent des uricémiques, c'est-à-dire des malades dans les humeurs desquels l'acide urique est en excès. Or, si l'urée est un diurétique physiologique, l'acide urique est tout le contraire. Donc, tous les uricémiques font de l'insuffisance rénale, et malheureusement dans beaucoup de cas, ces malades sont en flagrante complicité avec leur maladie, puisqu'ils suivent le plus souvent un régime alimentaire détestable et irrationnel. Et comme l'acide urique est un vaso-constricteur, donnant lieu par suite, à des accès de pâleur des téguments, à de la pseudo-chlorose ou anémie — au fameux « chloro-brightisme », une des grandes pensées d'un règne — on gorge les malades de viandes, c'est-à-dire de toxines alimentaires vaso-constrictives, on leur prescrit quelquefois de la digitale. Résultat : augmentation des accidents et des palpitations.

Ne soyez donc pas sans cesse hypnotisés par le cœur central ; il bat plus fort que de coutume, mais l'obstacle n'est pas toujours là où les battements sont plus énergiques. Cherchez au cœur périphérique plus ou moins contracté par l'acide urique, par les toxines alimentaires, et détendez le frein vasculaire trop fortement serré.

Comment faire ? Surtout pas de digitale, mais un régime lacto-végétarien pour diminuer la quantité des toxines alimentaires ; de la théobromine à petite dose (0 gr. 50) pour aider à l'élimination de ces toxines vaso-constrictives; un grand verre d'eau d'Evian tous les matins à jeun avec un cachet de 0,50 centig. de lycétol (tartrate de diméthyl-pipérazine) ; six à douze gouttes par jour de la solution de trinitrine au centième pour contrebalancer par la vaso-dilatation, l'angio-spasme, œuvre de deux poisons vaso-constricteurs, l'acide urique et les toxines alimentaires ; enfin, massage des membres dans le même but. Naturellement, je parle d'une *médication*, et tous ces médicaments ne doivent pas être prescrits à la fois. Ce serait tomber dans la bouillabaisse thérapeutique contre laquelle sans cesse je m'élève.

On le voit, les uricémiques sont des *prescléreux*, et combattre l'uricémie, dans son mode de production, dans ses conséquences, s'adresser non pas au cœur qui souffre, mais aux vaisseaux qui le font souffrir et qui doublent son travail, c'est aussi faire de la bonne médication préventive de l'artériosclérose.

— « La digitale s'élimine lentement ». — Mais, c'est

Digitized by Google

là une qualité, et il n'existe pas un seul médicament dont l'action puisse se faire sentir sur le système circulatoire pendant quinze jours et même trois semaines.

— « La digitale s'accumule dans l'organisme ». — C'est un défaut, qui devient une qualité, quand on sait prescrire les doses à des intervalles assez espacés, et les accidents d'intoxication dont on parle tant, que les auteurs mettent trop en relief, selon moi, sont l'œuvre du médecin ignorant ou inhabile, plutôt que du médicament lui-même.

— « La digitale est un puissant diurétique par l'augmentation de la tension artérielle ». — Encore deux erreurs dans une même phrase, et on ne saurait trop le répéter : *La digitale n'est pas diurétique par elle-même, et quand elle le devient, ce n'est jamais en provoquant l'hypertension artérielle.* A ce sujet, que l'on me permette d'entrer dans quelques détails et de dire comment on doit comprendre les modes différents d'action diurétique des médicaments.

II

Un vrai diurétique, un diurétique idéal, est celui qui augmente la diurèse à l'état de santé comme à l'état de maladie, pendant les périodes non compensées ou compensées des affections cardiaques. De ce nombre sont : l'eau, le lait et, sans doute, la théobromine. Comment agissent ces trois substances ?

L'eau, par la quantité, par certaines propriétés physico-chimiques inhérentes à quelques eaux minérales (Capvern, Contrexéville, Evian, Martigny, Vittel, etc.) agit apparemment en produisant une certaine pléthore vasculaire, d'où augmentation de la tension artérielle ; d'autres eaux agissent encore en vertu de leur pouvoir dissolvant sur l'acide urique.

Le lait agit par la quantité, par la lactose qu'elle contient. Mais, dire cela, ce n'est que reculer la difficulté. Comment agit la lactose ? Est-ce en activant directement le fonctionnement de l'épithélium rénal, ou autrement ?...

La théobromine, pas plus que la caféine, n'est un diurétique cardio-vasculaire ; ces deux médicaments n'ont qu'une action cardiaque très douteuse, et mon savant collègue et ami, le professeur Gram (de Copenhague), me l'a démontré dans une expérience à laquelle il a bien voulu me faire assister. La caféine ne serait qu'un excitant cardiaque, et non pas un tonique du cœur ; en tous cas, son action diurétique est bien inférieure à celle de la théobromine, agent diurétique d'une puissance remarquable, d'une fidélité absolue, à tel point que ses effets se produisent à l'état de santé comme à l'état de maladie, dans les affections cardiaques ou rénales surtout, ainsi que dans la plupart des maladies où la diurèse est insuffisante. Cela est si vrai que, chez les « uricémiques » chez les préscléreux, dans tous les cas où l'insuffisance de la dépuration rénale est à redouter, je crois utile d'ordonner d'une façon continue et seulement interrompue par des rémissions de 5 à 10 jours par mois, un cachet de 0,50 centigr., avec un grand verre d'eau d'Evian, tous les matins à jeun. La théobromine n'agit pas sur le cœur, elle agit peu sur les vaisseaux, légèrement sur la tension artérielle, principalement sur l'épithélium rénal. Chez les uricémiques, il est utile d'associer tous les matins dans un cachet, 0,25 à 0,50 centigrammes de lycétol et 0,25 à 0,50 centigrammes de théobromine (le réducteur de l'acide urique avec son éliminateur). Malheureusement, ces deux médicaments sont d'un prix assez élevé.

Nous connaissons déjà les diurétiques agissant, les uns par pléthore vasculaire sur la tension artérielle qu'ils augmentent, les autres sur l'épithélium rénal qu'ils hyperfonctionnent.

Ceux qui agissent par la quantité de liquides ingérés, se comportent comme dans le cas d'une véritable *crue* diurétique, analogue à celle que produit l'apport d'une grande quantité d'eau dans un fleuve par des affluents démesurément grossis.

Il y a aussi les diurétiques, ou plutôt le diurétique cardio-vasculaire, agissant, à la fois sur le cœur et les vaisseaux. Le type de ce genre est la digitale.

Mais la digitale n'est pas diurétique par elle-même, elle le *devient* dans des conditions déterminées. D'autre part, elle ne devient pas diurétique en élevant la tension artérielle et c'est peut-être le contraire qui est vrai, comme les expériences déjà bien anciennes, mais longtemps oubliées de Lauder-Brunton l'ont démontré.

Chez les animaux en expérience, on constate deux périodes dans l'action de la digitale : l'une transitoire, caractérisée par la vaso-constriction plus ou moins généralisée à laquelle participent nécessairement les artères rénales et par l'hypertension artérielle consécutive, d'où les phénomènes suivants, presque identiques — cela se comprend — à la compression ou à la ligature incomplète des artères émulgentes : diminution de la diurèse, apparition possible d'une très légère quantité d'albumine (albuminurie digitalique). La seconde période est caractérisée, au contraire, par une augmentation de la diurèse, sous forme de débâcle urinaire, coïncidant elle-même avec une vraie détente du frein vasculaire, avec une diminution brusque de la tension artérielle. A la faveur de la vaso-dilatation succédant rapidement à la vaso-constriction digitalique, il se produit ainsi une véritable *poussée* sanguine au rein, d'où la *diurèse en débâcle* de la digitale à op-

Digitized by Google

poser à la diurèse continue et progressive de la théobromine; de sorte que, contrairement à l'opinion commune, le maximum de la diurèse digitalique coïncide exactement avec la diminution de la tension artérielle ayant promptement succédé à son augmentation temporaire, ce qui explique la forme « en débâcle » de la diurèse. En un mot, il se produit pour la diurèse un peu torrentielle de la digitale, le même phénomène que pour l'écoulement violent et impétueux de l'eau à travers une écluse brusquement ouverte, ou une digue rompue. La digue, l'écluse, c'est la vaso-constriction digitalique. L'ouverture, la rupture brusque de l'écluse ou de la digue digitalique, c'est la vaso-dilatation.... Pour la théobromine, la diurèse est plus continue, plus progressive, parce que l'écluse a été plus lentement, plus progressivement ouverte.

Ce sont là des comparaisons qui font bien comprendre le mode d'action différente des divers diurétiques, et je tiens à dire que ces comparaisons résultent de réflexions échangées à ce sujet avec mon distingué interlocuteur dont j'ai parlé au début de cet article.

Tout cela ne nous explique pas encore pourquoi la digitale ne *devient* diurétique que dans des conditions déterminées, pourquoi elle n'est que le médicament des hydropisies *cardiaques*, comme l'a si bien vu Lorain, pourquoi elle n'est pas diurétique dans les affections du cœur bien compensées (au contraire, elle diminue alors parfois les urines), pourquoi elle ne *reste* diurétique que pendant le seul temps où il y a des liquides à résorber.

D'abord, ce sont les observations et affirmations cliniques qui ont été, comme presque toujours, le point de départ de l'interprétation physiologique, laquelle, à son tour, a pu fixer les indications thérapeutiques.

A la fin du siècle dernier, Withering, qui a eu le grand mérite de découvrir l'action cardiaque et diurétique du médicament, disait qu'il réussissait à ce dernier point de vue dans toutes les hydropisies, « excepté dans les hydropisies enkystées »; et au commencement de ce siècle, Vassal, dans une thèse inaugurale de Paris, affirmait que l'état d'infiltration œdémateuse ou hydropique est nécessaire pour que se produise l'action diurétique du médicament. A une époque plus rapprochée de nous, en 1870, Sydney Ringer faisait remarquer que la résorption des œdèmes ou hydropisies par la digitale est la cause et non la conséquence de son action diurétique; fait bien important qui avait été relevé avant l'auteur anglais par Lorain, lorsqu'il disait que la digitale est le remède des hydropisies cardiaques, lorsqu'il s'exprimait ainsi, comme je l'ai déjà rappelé, il y a quatre ans, dans mon étude sur les médicaments cardiaques : (1)

« On pourrait croire que les litres d'urine que la digitale a fait rendre en 24 heures, sont empruntés aux tissus, tandis qu'ils appartiennent à la résorption du liquide épanché (anasarque et ascite), d'où il suit que la diurèse est plus facile chez les hydropiques qui ont du liquide en réserve. Ainsi, la digitale serait d'un effet réellement efficace et rapide dans les maladies de cœur avec anasarque et ascite. »

J'ajoute, pour ma part, qu'avec la digitale, il s'agit d'une sorte de *drainage* diurétique et rénal.

Le fait est démontré par l'élimination parfois considérable des chlorures dans la diurèse digitalique, et c'est ainsi que j'ai vu la quantité des chlorures urinaires s'élever jusqu'à 20 à 35 grammes, chiffre encore inférieur à ceux de Neubauer et Vogel, signalés dans les mêmes conditions (27 à 55 grammes, au lieu de 10 à 12 grammes par jour). Or, ces chlorures n'ont pu être puisés que dans les liquides hydropiques, de sorte que cette hyperchlorurie urinaire *d'emprunt* prend la valeur d'une démonstration physiologique et qu'elle permet d'arriver à cette conclusion fort importante en pratique : La digitale ne résout pas les épanchements parce qu'elle est diurétique, mais elle *devient* diurétique parce qu'elle résout les épanchements.

Il importe de savoir maintenant par quel mécanisme physiologique elle résout ces épanchements. L'explication devient très simple.

Sur le cours du sang dans le cœur et les vaisseaux la digitale produit d'abord : 1° l'allongement de la diastole cardiaque, d'où pénétration d'une quantité plus grande de sang dans les cavités ventriculaires; 2° le renfoncement de la systole avec resserrement du cœur et des vaisseaux, d'où augmentation de propulsion et de vitesse du liquide sanguin. Si cette vitesse s'accentue, le liquide épanché dans le tissu cellulaire ou dans les cavités (œdèmes et hydropisies cardiaques) rentrera dans la circulation pour être éliminé par les reins, cela en vertu d'un principe physique démontrant que l'accélération d'un liquide quelconque dans un tube poreux augmente l'endosmose, et que son ralentissement fait prédominer l'exosmose : conséquence importante des expériences déjà anciennes de Dutrochet en 1826, ayant établi que la vitesse de résorption des liquides varie avec la perméabilité des tissus et des membranes, avec la vascularité plus ou moins grande et la circulation plus ou moins rapide de ces tissus, avec la pression vasculaire, enfin avec le « pouvoir osmotique » plus ou moins accusé de la substance. Donc, tout démontre que la diurèse digitalique se produit surtout par le

(1) *Traité de thérapeutique appliquée.* Fasc. X et XI.

Digitized by Google

mécanisme d'un courant endosmotique des tissus œdématiés vers l'intérieur des vaisseaux.

Comme je le disais en 1896 (1), ce mode d'action diurétique devient la source féconde d'indications et de contre-indications thérapeutiques. Il nous montre que la diurèse thérapeutique persiste tant qu'il y a un épanchement *cardiaque* à résorber; il nous montre encore que l'action diurétique de la digitale est intimement liée à l'existence des œdèmes et des hydropisies, à ce point que, ceux-ci disparus, l'augmentation de la sécrétion urinaire s'arrête et qu'elle peut même être remplacée par l'oligurie, si l'on continue la même médication. Il nous montre encore que, dans les cas où l'ascite, par exemple, est devenue franchement hépatique, ce qui arrive lorsque le foie cardiaque s'est transformé en un tissu dur, sclérosé et irréductible, on éprouve beaucoup plus de difficulté à résoudre cet épanchement, et pour atteindre complètement ce but, on commettrait une faute en prolongeant outre mesure l'administration du médicament. Enfin, il nous montre pourquoi chez un cardiopathe, sans hydropisie ni œdèmes, la digitale concentre presque toute son action sur le cœur et l'appareil circulatoire, alors qu'elle ne produit presque rien sur la sécrétion rénale. Lorsque ce même malade devient hyposystolique ou asystolique, avec *œdèmes* périphériques, hydropisies et congestions viscérales passives, le remède agit alors à peine sur le cœur et beaucoup sur le rein.

Ce fait important (dissociation d'action de la digitale) doit être utilisé en cardiothérapie. Dans le traitement de l'asystolie, après avoir obtenu par la digitale l'action *diurétique* marquée par la disparition complète des œdèmes, il faut souvent, quelques semaines après, songer toujours à produire une action *cardiaque* qui aura ainsi pour effet de tonifier réellement le cœur et de retarder l'imminence de nouvelles crises asystoliques. Et ainsi, la digitale, *à doses différentes*, et par une action différente, devient non seulement le médicament *curatif* de l'asystolie existante, mais encore le médicament *préventif* de l'asystolie menaçante. Je dis « à doses différentes », ce qui prouve une fois de plus, que dans un médicament il y a plusieurs médicaments, la dose *anti-asystolique* devant être massive (un milligr. de digitaline cristalisée et même davantage en un ou deux jours au plus) (2), la dose cardiaque et *préasystolique* devant être continuée pendant plusieurs jours, à plus faible dose (10 à 15 gouttes tous les jours pendant 3 ou 4 jours).

III

De ces considérations physiologiques et thérapeutiques, on peut déjà déduire des applications pratiques dont l'importance va devenir des plus évidentes.

Croit-on, par exemple, qu'en présence d'un cardio-rénal, tous les diurétiques (lait, théobromine, digitale) puissent être indifféremment, à la fois employés, ou que l'un d'eux doive être toujours continué exclusivement et indépendamment des autres?

Penser ainsi, agir ainsi, ce serait aller à l'encontre des prémisses physiologiques que nous venons d'établir, et il faut admettre que chez un artério-scléreux cardio rénal, il y a des œdèmes irréductibles par la théobromine, comme il y en a d'irréductibles par le simple régime lacté ou par la digitale. Pendant une certaine partie de l'évolution de sa maladie, le cardio-rénal se comporte plutôt comme un rénal que comme un cardiaque, ce qui veut dire que l'insuffisance rénale l'emporte sur l'insuffisance cardiaque. Alors, le régime lacté exclusif et la théobromine qui n'ont aucune action sur le cœur et qui concentrent leurs effets sur le rein, font merveille pendant quelque temps : la diurèse devient très abondante, les hydropisies et les œdèmes disparaissent ou s'atténuent d'une façon considérable. Puis, quelque temps après, vous voyez se perpétuer des œdèmes d'une autre nature, et vous êtes étonnés que la même médication ne produise plus les mêmes effets. Alors, portez votre attention sur le cœur, cherchez et vous trouverez. Vous trouverez, en effet, par la percussion, une augmentation plus ou moins considérable de la matité cardiaque qui dépasse notablement le bord droit du sternum, et vous direz : ce malade, rénal il y a quelques jours, se comporte aujourd'hui comme un cardiaque, les œdèmes *rénaux* il y a quelques jours sont aujourd'hui d'origine *cardiaque*. Donc, la théobromine qui agit surtout directement sur le rein et à peine sur le cœur, devient maintenant un diurétique infidèle, et l'heure de la digitale a sonné. Alors, prescrivez la dose anti-asystolique de la digitale, c'est-à-dire la dose massive, sans vous préoccuper de la quantité d'albumine contenue dans les urines, et ne redonnez, s'il y a lieu, la théobromine que 5 à 10 jours après, parce que ces deux grands médicaments administrés ensemble peuvent avoir des effets opposés, parce que je ne sais pas ce que je fais avec des associations médicamenteuses, association ne voulant pas toujours dire communauté d'action, en thérapeutique comme ailleurs...

J'aurais encore bien d'autres choses à dire sur les

(1) *Traité de thérapeutique appliquée.* Fascicule X.

(2) Il ne faut pas oublier que la digitale peut être prescrite par la voie rectale, souvent avec succès, comme l'avait autrefois indiqué Moutard-Martin à la Société de thérapeutique. Baréty (de Nice) m'affirme que les lavements de digitale (infusion et surtout macération) possèdent une action diurétique très marquée, ce qui se comprend, puisque les lavements d'eau froide peuvent, à eux seuls, augmenter et activer la diurèse.

Digitized by Google

indications thérapeutiques des divers diurétiques, indications basées à la fois sur l'action physiologique des médicaments et sur la clinique, c'est-à-dire sur la réaction du malade. Sans doute, les comparaisons ne sont pas des raisons, surtout en science. Cependant, je ne puis me défendre d'appliquer à la diurèse ce que nous apprennent les lois de l'hydraulique; car dans certains cas, la tactique médicamenteuse s'inspire de ces lois.—Vous avez besoin de frapper un grand coup et de forcer la barrière rénale? Alors, que l'action diurétique de la digitale soit précédée par l'administration d'abondantes quantités d'eau et de lait. C'est la *crue* des liquides qui un moment arrêtée par la digue de la vaso-constriction digitalique, inondera les parties restées perméables du rein et augmentera leur fonctionnement par une vigoureuse poussée due à la vaso-dilatation.—Il vous suffit d'entretenir le fonctionnement rénal? Alors, contentez-vous d'entr'ouvrir plus lentement, moins brusquement l'écluse, et prescrivez le lait, la théobromine, d'une façon continue, quoiqu'on ait osé prétendre que cette médication peut favoriser l'imperméabilité rénale et augmenter l'albuminurie !...

Pour aujourd'hui, ces premières considérations me paraissent suffisantes dans le but d'orienter notre médication. J'y reviendrai plus tard. Qu'il me suffise de dire, de redire encore et toujours, que chez les artério-scléreux, que chez les préscléreux, chez les uricémiques, le régime alimentaire constitue la base du traitement, lequel doit avoir ces deux faits pour objectifs: 1° l'introduction au minimum dans l'organisme, des toxines alimentaires; 2° leur élimination continue par le rein.

Ces deux indications capitales sont remplies par le régime lacto-végétarien et par la médication diurétique.

Que nous voilà loin de certaines rêveries d'une science à l'Etranger, science réellement étrangère au traitement curatif des maladies! Cette médecine de laboratoire défend impitoyablement le lait aux scléreux, et savez-vous pourquoi? C'est parce que le lait renferme beaucoup de nucléo-albumines et qu'il favorise ainsi la production exagérée de l'acide urique!

Vous verrez qu'avec ces théories, conçues dans le silence du cabinet et avec la complicité d'un esprit rêveur, on arrivera bientôt à déconseiller le lait dans le traitement de l'albuminurie!

Hé bien, je réponds dès aujourd'hui aux médecins, auteurs de ce paradoxe clinique et thérapeutique : Au point de vue chimique, la cornue en main, vous avez peut-être raison; mais la clinique et le plus simple raisonnement vous donnent tort. Le lait possède en lui son correctif. J'admets provisoirement, par simple déférence pour votre esprit chercheur, que le lait augmente l'acide urique; mais sa production est annihilée à chaque instant par la continuité de son élimination.

Cet acide urique est noyé, dissous, entraîné par l'eau, par le lait, de telle sorte que les lactophages ne peuvent jamais être intoxiqués par l'acide urique. La chimie semble vous donner raison; la clinique, notre souverain juge, vous condamne, et... malheureusement les malades avec vous. Essayez donc pendant des mois, le traitement de l'artério-sclérose cardio-rénale, le traitement de la dyspnée toxi-alimentaire, autrement que par le régime lacto-végétarien ou par le régime lacté exclusif, et vous verrez se produire, rapidement, invariablement, fatalement, avec une lamentable précision mathématique, les plus grands désastres thérapeutiques. Hélas! je les connais ces désastres, parce que j'ai été appelé trop souvent à les réparer au dernier moment, à réparer l'irréparable, et j'ai sous les yeux des victimes de ces doctrines superbes et intransigeantes, élaborées dans les laboratoires de chimiatrie, non dans les cliniques. Ce qui me fait dire :

La médecine et les malades n'ont pas d'ennemis plus redoutables que les doctrinaires.

H. Huchard

CLINIQUE CHIRURGICALE

Service du Dr Gérard Marchant

Les hémorragies post-opératoires chez les hépatiques

Par Henry Géraud, *interne des hôpitaux*

Il est admis, et depuis longtemps notoire, que les altérations du foie favorisent les hémorragies par les muqueuses; mais l'influence de cet organe sur celles qui se produisent à la faveur d'une plaie traumatique ou opératoire l'est certainement moins.

Une malade du service de M. Gérard-Marchant que nous avons pu examiner récemment, a attiré notre attention sur ce sujet. A l'occasion des phénomènes observés chez elle, notre maître s'est rappelé les idées émises et soutenues autrefois par Verneuil sur ce sujet et a bien voulu nous les faire connaître.

Voici résumée cette intéressante observation. La malade, Jeanne D..., est âgée de 36 ans. Née d'une mère atteinte de lithiase biliaire, elle a eu dans son enfance plusieurs fluxions de poitrine et la variole à 17 ans. A 26 ans, elle fit un séjour de 18 mois au Venezuela où elle fut prise de troubles gastriques graves. Rentrée en France, elle subit à plusieurs reprises des crises de coliques hépatiques, tantôt sans ictère, tantôt accompagnées de jaunisse plus ou moins intense. La dernière crise eut lieu en août 1898 et

Digitized by Google

lui laissa depuis une teinte ictérique. Les accidents d'obstruction biliaire incomplète persistant, on se décida à la faire opérer.

Le 20 octobre 1899, après laparatomie, M. Gérard-Marchand incise la vésicule vide et y fait refluer un calcul siégeant dans le cholédoque. Au cours de cette opération, on remarque une hypertrophie assez notable du foie, reconnue d'ailleurs six mois avant par les médecins, mais qui a une grande importance pour le sujet qui nous occupe, car elle est l'indice d'une altération hépatique. Les suites opératoires sont bonnes jusqu'au 28 octobre; ce jour là le pansement extérieur apparaît teinté de sang; on le refait et l'on voit que la plaie a beaucoup saigné; la gaze et le coton hydrophile sont complètement imbibés de sang. Il ne s'écoule plus de bile par la plaie.

30 octobre. — On refait le pansement; il contient peu de sang; un drain que l'on avait placé dans la vésicule en est sorti et ne peut être rentré complètement.

8 novembre. — Légère hémorragie par la plaie pendant la nuit. On refait le pansement le 9 au matin, il est imprégné de 200 grammes de sang au moins et le sang coule encore en nappe rouge sombre pendant le pansement; il semble venir des plans profonds.

10 novembre. — Une hémorragie s'est produite *pendant* la nuit du 9 au 10; elle s'est arrêtée seule, mais le 10, au matin, elle devient plus abondante et nous oblige à refaire le pansement. On voit le sang s'écouler par la plaie étroite sous forme d'un petit jet gros comme une paille de blé. Il vient d'une poche profonde qui fait bomber la paroi abdominale. Sous la pression d'un fort tamponnement à la gaze iodoformée, l'hémorragie s'arrête aussitôt et ne se reproduit plus. Le 1er décembre, l'opérée sortait guérie de l'hôpital.

En lisant cette observation, on se rend aisément compte des causes d'altération du foie de cette malade. Il avait, en effet, dû subir une première atteinte lors des accidents gastro-intestinaux (dysenterie, vomissements) éprouvés au Venezuela, puis la vitalité de ses éléments cellulaires avait été encore amoindrie au cours des nombreuses coliques hépatiques que la malade subit à son retour en France et enfin la dernière atteinte, la plus importante sans doute, fut causée par les accidents de rétention qui débutèrent en 1898. Il est donc de toute évidence qu'il existait avant l'opération une insuffisance hépathique notable donnant lieu à un certain degré de toxémie que traduisaient, d'ailleurs en partie, l'asthénie et le prurit présenté par la malade et que les hémorragies secondaires par la plaie ont mise en évidence.

L'influence défavorable des altérations viscérales sur l'évolution des plaies fut signalée pour la première fois par Norman Chevers (Guy's hopital Reports 2e série T. 1, p. 78), mais cet auteur insista peu sur l'action qu'y exerce le foie.

Monneret, en 1854, montre l'action hémorragipare du foie malade au niveau des membranes muqueuses, seulement.

Follin signala le fait quelques années plus tard. Mais, c'est sûrement avec Verneuil qu'apparaît une étude véritablement complète de la question. Déjà, en 1846, Verneuil, alors interne, à la suite de plusieurs cas observés, établit un rapport entre les altérations hépatiques et certains accidents des plaies. Plus tard, en 1865, devenu chirurgien de Lariboisière, il réunit une série d'observations qui lui permirent d'étayer définitivement sa théorie : « Soigneusement examiné, dit-il, dans les cas d'hémorragies secondaires, de pyohémie, de septicémie, de phlegmon diffus, d'érysipèle et de lymphangites graves, le foie, presque sans exception, était altéré de diverses manières et à différents degrés. » Peu après Verneuil, de 1868 à 1875, James Paget dans *Clinical lectures essays*, insista beaucoup sur l'influence des états hépatiques (foie gras et amyloïde surtout), sur les suites opératoires et les hémorragies secondaires, principalement. Puis, sous l'inspiration de Verneuil, paraissent les thèses de Pouyet et de Longuet, en 1876 et 1877.

De 1877 à 1884, se placent encore une série d'observations intéressantes, publiées par Verneuil et en 1885, son rapport au Congrès Français de Chirurgie, sur « les urines rosaciques, de leurs rapports avec les affections du foie, les hémorragies et la gangrène traumatique. »

Grâce à ces divers travaux, les hémorragies de cause hépatique, par les plaies sont actuellement mieux connues et par le fait même qu'on sait qu'elles peuvent se produire, on est en droit de chercher à les prévoir, de même que les infections graves, chez un malade à opérer. Souvent, par l'interrogatoire du malade, on découvrira certains accidents antérieurs, plus ou moins importants, tels que coliques hépatiques et ictère, comme chez le malade dont nous donnons l'observation, et qui seraient suffisants pour soupçonner que le foie a été touché, que son fonctionnement n'est plus normal. D'autres fois, on n'aura aucun doute sur le mauvais état du foie, il s'agira d'un alcoolique chronique, à foie gras débordant beaucoup les fausses côtes ou d'un cirrhotique.

De plus, il existe un signe, sur lequel Verneuil a beaucoup insisté et auquel il attachait une grande valeur comme pronostic; c'est la présence de dépôts rosacés dans les urines. « J'appellerai urines rosaciques, dit-il, celles qui laissent un sédiment rose,

Digitized by Google

mais, faute de compétence au point de vue chimique, je ne me prononcerai ni sur la nature ni l'origine de cette matière, ni même sur le meilleur nom qu'il conviendrait de lui donner. » Le rapport de ce dépôt avec les affections du foie était connu depuis longtemps, mais Verneuil a été le premier à signaler sa valeur pronostique dans les affections chirurgicales. Souvent absent, chez les malades, ce sédiment apparaît pendant un accès de fièvre ou le lendemain d'une opération. De couleur corail rose ou presque vermillon, il se produit seulement après le repos des urines rares des fébricitants. Il fait prévoir souvent des complications possibles, telles que les hémorragies secondaires et la gangrène. C'est un symptôme qui peut apparaître à la suite d'une intervention bénigne, comme dans l'observation II de Verneuil où il s'agit d'un débridement au thermocautère de trajets fistuleux de la région trochantérienne, opération suivie de vomissements réitérés, de dépôts rosaciques dans les urines et d'hémorragies secondaires précoces de 300 à 400 grammes de sang.

Comme les urines rosaciques, les hémorrhagies secondaires peuvent survenir à l'occasion d'un traumatisme très léger, témoin l'observation citée par Verneuil dans sa leçon clinique du 6 mai 1878 où des pertes très abondantes et difficiles à arrêter se produisirent par des plaies de sangsues. D'autres fois, elles ne surviennent qu'après de grands délabrements traumatiques ou chirurgicaux, désarticulation de cuisse, amputation totale de la langue, etc. Tantôt elles sont le seul phénomène démasquant l'insuffisance hépatique, tantôt elles sont suivies de près par des phlegmons ou des gangrènes humides d'une haute gravité. C'est ce qui se produit dans les observations III, IV et V citées par Verneuil au congrès français de chirurgie. Dans ces deux dernières observations on trouve signalé à l'autopsie l'existence d'un foie gras.

En relevant les différentes observations qui ont trait aux accidents et complications et post-opératoires survenant chez des hépatiques (cirrhotiques, alcooliques, paludiques), on voit que les hémorrhagies secondaires sont d'une très grande fréquence. Longuet dans sa thèse dit les avoir rencontrées 12 fois sur 27 observations et sur ces 12 cas l'hémorrhagie se serait produite 9 fois par les artères, une fois par les veines, deux fois seulement par les capillaires.

En dehors des hémorrhagies chirurgicales se faisant par les plaies, on peut en voir au niveau de certaines muqueuses intéressant le chirurgien, telles sont les épistaxis abondantes et surtout les métrorrhagies de connaissance récente sur lesquelles M. Dalché a insisté il y a peu de temps (métrorrhagies dans les maladies du foie, *Soc. méd. des hôp.*, nov. 1899). Ces métrorrhagies seraient surtout imputables à la lithiase biliaire et secondaires aux ictères infectieux bénins, aux tumeurs hépatiques et à la cirrhose du foie. Cette dernière affection causerait les métrorrhagies à son début et s'accompagnerait plus tard d'aménorrhée.

Si la signification et la valeur comme pronostic des hémorrhagies secondaires d'origine hépatique ont été fixées, il n'en est pas de même de leur pathogénie et l'on en est encore réduit à les attribuer comme autrefois, Erasistrate d'Alexandrie, et Galien, à une altération du sang ou des vaisseaux. La première théorie est très plausible puisque l'on sait le rôle important du foie dans l'élaboration du sang et la transformation des produits toxiques formés par les déchets provenant de la vie des tissus, que le sang traverse ou des toxines qui lui viennent du tube digestif. Que la glande hépatique subisse une altération quelconque et son rôle d'épuration sera diminué, créant un état de toxémie. Cette toxémie pourra agir sur les vaisseaux pour déterminer l'hémorrhagie de deux façons, soit en empêchant la formation du caillot oblitérateur, soit en produisant une dilatation capillaire par l'intermédiaire des centres vaso-moteurs. Quant à la deuxième théorie de l'altération des vaisseaux, elle peut exister également et être due à la même cause que celle qui a produit la dégénérescence graisseuse et amyloïde d'autres organes, il s'ensuit une friabilité particulière des vaisseaux comme par exemple chez le malade auquel Verneuil amputa la jambe et dont les petites artères se rompaient sous la striction même modérée des fils à ligature.

Quelque opinion qu'on puisse avoir sur le mode de production de ces hémorrhagies un fait fondamental n'en reste pas moins acquis, c'est qu'elles sont liées le plus souvent, comme d'ailleurs certaines complications inflammatoires, à l'altération de la cellule hépatique, qu'elles révèlent un certain degré de toxémie que le chirurgien clinicien doit savoir dépister pour éviter des surprises, prévoir les accidents post-opératoires possibles et au besoin savoir refuser à un hépatique toute opération dont l'urgence n'est pas absolue.

Electuaire laxatif pour les enfants (Ferrand) :

Manne en larmes		25 grammes
Magnésie calcinée	àà 50	—
Fleur de soufre lavée		
Miel blanc		20 —

Une ou deux cuillerées à soupe dans une tasse de lait chaud contre la constipation habituelle.

3 à 4 cuillerées pour obtenir un effet purgatif. A. G.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Nouveaux remèdes

Valérianate de créosote et valérianate de gaïacol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Le Dr Briggs a publié une étude de ces médicaments dans le *New-York med. journ.*, mai 1899.

Il donne le nom d'éosote au valérianate de créosote, et de géosote au valérianate de gaïacol.

D'après l'auteur, l'éosote et le géosote sont solubles dans l'alcool ou l'éther, possèdent l'odeur aromatique caractéristique de la valériane et sont volontiers absorbés par les malades en combinaison avec un peu d'essence de menthe. On peut prescrire également les médicaments en capsules, ou bien dans de la glycérine.

Dans tous les cas, le Dr Briggs a obtenu par leur administration chez les tuberculeux une amélioration des symptômes les plus marqués, diminution de la toux, diminution de l'expectoration, abolition des sueurs nocturnes, diminution fort appréciable des symptômes nerveux, d'où meilleur sommeil, meilleur repos. En somme des huit observations qu'il présente, il en cite deux dans lesquelles les malades furent guéris complètement. Les autres montrèrent un état général légèrement amélioré. Un seul mourut.

L'auteur termine son étude par les conclusions suivantes :

1° On peut administrer l'éosote et le géosote avec succès dans *tous les* cas de tuberculose pulmonaire.

2° Les médicaments ne sont ni toxiques ni irritants. La dose à en prescrire est moins forte que pour la créosote (3 à 10 gouttes suffisent). On peut donner chaque jour de 10 à 30 minimes de ces remèdes (0 cc., 60 à 2 centimètres cubes).

3° Ces médicaments sont toniques; l'appétit se relève, les malades augmentent de poids, la toux, l'expectoration, les sueurs nocturnes diminuent, l'état général s'améliore.

4° Grâce à leurs propriétés antiseptiques on supprime les fermentations anormales qui peuvent se produire dans l'estomac ou l'intestin. L'entérite tuberculeuse peut en bénéficier.

5° L'action sédative bien connue de la valériane vient aussi ajouter ses bienfaisants avantages et améliore singulièrement les symptômes nerveux si fréquents dans cette maladie.

Il est permis de mettre quelque peu en doute les effets si bienfaisants et si curatifs de ces médicaments dans le traitement de de la tuberculose; dans tous les cas ils ne peuvent être considérés comme des produits bien définis étant donné que l'acide valérianique du commerce est un mélange complexe et par cela même d'ailleurs d'autant plus actif puisque l'acide isovalérique pur est dépourvu de propriétés antispasmodiques.

Fluoroforme. — Stepp (*Klinis. therap. Wochens.*, 1899) a utilisé le fluoroforme dans le traitement de la tuberculose.

Le fluoroforme est au fluor ce que le chloroforme et l'iodoforme sont au chlore et à l'iode. C'est un corps gazeux soluble dans l'eau (2,8 0/0).

Sous forme de solution aqueuse on peut l'utiliser en thérapeutique en en prescrivant 4 à 5 fois par jour une cuillerée à café. L'auteur a traité de la sorte 14 cas de tuberculose pulmonaire dont 9 cas furent favorablement influencés. A. G.

CLINIQUE MÉDICALE

Du caféisme.—L'étude du caféisme n'est pas encore entrée dans les traités classiques à l'article Intoxications et cependant l'intoxication par le café est encore assez courante. Signalée déjà par Guelliot (de Reims), en 1855, puis par Gilles de la Tourette et Gasne, en 1895, elle vient de faire l'objet d'une remarquable et intéressante étude du Dr Boucard (*Th. Paris 1899*). C'est Louis XIV qui, en France, but la première tasse de café, et la trouva, paraît-il, de son goût; nous savons combien l'usage s'en est répandu depuis, même dans le sexe féminin.

On peut distinguer, d'après Boucard, le caféisme aigu et le caféisme chronique.

Le caféisme aigu se manifeste surtout par l'ivresse caféique. Une personne, qui n'a pas l'habitude du café, ressent après l'ingestion, une sensation de chaleur dans la région épigastrique, de l'augmentation d'activité du système moteur. On a besoin de mouvement, le pouls s'accélère, la respiration augmente de fréquence, mais sans engendrer de dyspnée, la circulation est plus active, le cerveau libre, les mictions plus abondantes. A signaler l'éréthysme des organes génitaux. Mais, ce qui est plus important, c'est que le café est un stimulant des fonctions cérébrales, comme disait Fonssagrives, le café produit la défatigue. Ce premier stade de l'excitation caféique n'est nullement préjudiciable; mais à un second stade, on observe de l'angoisse précordiale, de la tachycardie, parfois des phénomènes syncopaux, de la polypnée dyspnéisante, des sueurs, de la céphalée, des vomissements, du tremblement plus ou moins généralisé, de la polydypsie, le délire des paroles, des envies fréquentes d'uriner, de l'excitation des muscles intestinaux avec diarrhée. Dans certains cas, le café avait été emménagogue.

Dans sa forme grave, le caféisme peut déterminer la mort, témoin le cas d'une jeune fille qui, après avoir pris une dose considérable de café, tomba dans un sommeil comateux pour ne plus se réveiller; mais d'ordinaire, l'ivresse caféique aiguë ne met pas plus en danger que l'ivresse éthylique; mais on observe, à la suite, de l'asthénie cérébrale et musculaire marquée. Brillat Savarin a rapporté, à ce sujet, son auto-observation qui est fort instructive.

Le caféisme chronique se caractérise par divers symptômes tout à fait spéciaux : par de l'extravagance avec faciès particulier. L'œil est toujours brillant, le regard vif, la pupille très dilatée. Les troubles du système nerveux se caractérisent par du

Digitized by Google

tremblement pseudo-éthylique, symétrique et à petites oscillations, des tressautements musculaires, des crampes. Guelliot et Gilles de la Tourette ont signalé des fourmillements et des névralgies de siège et d'intensité divers. La sensibilité chez les caféiques est exagérée, exceptionnellement amoindrie. Le sommeil est très pénible, avec réveil en sursaut, mouvements désordonnés pendant la nuit, et lassitude générale, le matin au réveil. A la longue, le caféisme produit la tristesse, entrecoupée, il est vrai, de moments de franche gaîté. D'aucuns ont prétendu que le café excitait les fonctions intellectuelles, d'autres ont soutenu le contraire.

Les troubles digestifs ordinaires sont fréquents dans le caféisme chronique, de même que l'anaphrodisie.

Les troubles circulatoires sont peu marqués, de même que ceux des organes des sens. On a bien cité, il est vrai, des cas isolés de perturbations diverses, mais ils nous ont paru par trop complexes pour s'y appesantir,

Boucard pense que le café peut déterminer des éruptions cutanées. Brown-Sequard l'accusait de produire du prurit anal et vulvaire. Gilles de la Tourette et Gasne, des demangeaisons et du dermographisme. Outre le prurit, on peut observer des éruptions polymorphes, mais ici, les prédispositions individuelles jouent un rôle prépondérant.

Dans un chapitre de la cachexie caféique, M. Boucard expose que le café n'est pas un aliment d'épargne, un antidéperditeur. Il combat l'idée de Payen, qui regarde le café comme un véritable aliment, et considère l'action du café comme une excitation générale qui permet à l'individu d'attaquer ses réserves et cela par l'excitation du système nerveux. Ce n'est pas un aliment d'épargne; il ne ménage ni la désassimilation ni l'ingestion d'autres aliments. C'est surtout un stimulant du système nerveux qui, à ce titre, peut rendre des services dans les maladies adynamiques et dans la cachexie; mais c'est un médicament dont l'emploi à haute dose doit être de peu de durée et prescrit avec réserve, sous peine d'augmenter la dénutrition. Il deviendrait alors lui-même un toxique, et tout prouve que son usage répété peut entraîner une cachexie spéciale, la cachexie caféique, qui se caractérise par de l'amaigrissement, un teint pâle et terreux, de l'anémie générale, de la lassitude.

Le caféisme hâte la désintégration organique des tissus.

L'agent principal de la toxicité caféique reste à rechercher. Cependant, vu les analogies existantes entre le caféisme et le caféinisme, on peut, semble-t-il, accuser la caféine de produire, du moins en partie, les troubles précédemment cités. Cependant, comme pour tout poison, il existe pour le poison caféique, une question de susceptibilité et de tolérance individuelles, qu'il ne faut pas négliger. « On peut aussi bien devenir caféique, dit Boucard, avec une seule tasse de café par jour, qu'alcoolique avec le petit verre de liqueur que certaines personnes boivent après leur tasse de café. »

Le café n'est donc pas exempt de danger, dit Boucard, d'accord en cela avec Brillat-Savarin; et il faut interdire l'usage du café aux enfants à qui on en donne trop fréquemment, et d'autre part, aux femmes, qui en font un si grand abus, à tel point qu'on peut dire que le caféisme est l'alcoolisme de la femme.

Chez l'homme, dont la vie est plus active, l'action nocive est moindre; et, en ce qui concerne le vieillard, il convient de ne pas trop prendre à la lettre le vieux dicton patois : « Eune tasse d' café din eune vieille panche, c'est un potiau neu din eune vieille grange. »

En résumé, et c'est là le grand mérite du Dr Boucard de nous l'avoir montré, le café est nocif au même titre que l'alcool, et le rôle du médecin doit être ici surtout prophylactique. M. D.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des entérorragies consécutives à l'étranglement herniaire. — L'histoire de cette variété d'entérorragie n'est pas ancienne. Barthelemy le premier, en 1873, attira l'attention sur elles; Schmitzler en 1894 en publia d'autres cas et essaya d'en élucider la pathogénie, mais ses théories furent critiquées par les auteurs qui le suivirent, Fikl, puis Ulmann, Zamazal. Luksch a rapporté de nouvelles observations et le Dr Kukula veint de reprendre cette question (*An. de la Soc. belge de chirurgie*, 99).

Ces entérorragies survenant à la suite de la réduction des hernies étranglées doivent être rangées en deux classes : les unes surviennent peu de temps après la réduction, alors que les autres n'apparaissent que quelque temps après le taxis ou la kélotomie.

Les premières peuvent reconnaître pour cause une contusion des parois intestinales provoquée par les manœuvres du taxis et alors elles sont peu intenses et ne se manifestent que par l'expulsion de petits caillots, de matières teintées en noir.

Dans d'autres cas, elles ont pour cause la compression temporaire des veines de la partie de l'intestin étranglée, ou une thrombose définitive des veines engendrant un infarctus hémorrhagique de l'intestin et du mésentère, suivi d'entérorragies abondantes.

On a cru aussi qu'elles pouvaient être causées par des infarctus hémorrhagiques après étranglements

Digitized by Google

très serrés suivis d'une ischémie complète de l'intestin, mais cette étiologie n'est pas démontrée.

Les entérorrhagies du second groupe sont provoquées par l'exfoliation et l'ulcération d'une partie de la muqueuse de l'anse étranglée sur une étendue plus ou moins grande ; lésions qui peuvent provenir d'une gangrène de la muqueuse se développant à cause de l'ischémie intestinale totale dans les cas d'étranglement très serré et de courte durée. Ces altérations pathologiques de la muqueuse peuvent encore provenir de la nécrose consécutive à l'engorgement du système veineux dans les cas d'étranglement violent de courte durée, ou dans les cas d'étranglement léger, mais de longue durée, ou de la nécrose de la muqueuse survenant après une thrombose des veines se développant à la suite de la compression et s'étendant à une certaine partie de l'intestin. Cettte dernière hypothèse est la plus vraisemblable, les autres ne sont pas prouvées; en tout cas l'abondance de l'hémorrhagie varie suivant l'intensité des lésions de la muqueuse.

Le pronostic de ces entérorragies est variable suivant la cause ; il est assez grave dans certains cas. La thérapeutique s'est bornée jusqu'ici à l'administration d'opium et aux cataplasmes froids. On peut se demander si dans les cas graves on ne serait pas autorisé à tenter une opération ayant pour but la résection de l'intestin étranglé au niveau duquel se produit l'hémorrhagie. — J. H. M.

DERMATOLOGIE

Acné inflammatoire (1). — Inflammation des glandes sébacées figurée par des papules rouges, douloureuses, indurées, siégeant sur la face — au front surtout — et sur le thorax notamment au-devant du sternum et entre les épaules.

Ces papules peuvent se résoudre ou persister à l'état de boutons indurés. Leur évolution naturelle est d'aboutir à la suppuration sous forme de pustules qui guérissent sans cicatrices après évacuation du pus, hormis les cas rares où la suppuration ayant envahi la périphérie de la glande forme un véritable abcès (acné phlegmoneuse).

Traitement général. — Le traitement varie suivant la pathogénie de l'acné.

Acné artificielle. — Certaines substances irritantes telles que l'huile de cade, l'acide chrysophanique, l'acide pyrogallique, employées fréquemment en dermatologie, peuvent provoquer par leur application sur la peau une éruption d'acné dite artificielle, éruption qui disparaît spontanément si l'on supprime ces applications irritantes: les compresses ou les cataplasmes émollients accélèrent cette disparition.

Acné pathogénétique. — L'administration interne des iodures et des bromures alcalins détermine souvent des éruptions successives d'acné dite pathogénétique; éruptions qui disparaissent quelquefois d'elles-mêmes quand l'accoutumance au médicament s'établit, qui persistent souvent autant que l'usage de ces médicaments.

L'acné pathogénétique peut disparaître si l'on remplace les iodures et bromures du commerce par des produits chimiquement purs ; elle disparaît enfin si l'on supprime sa cause productrice.

Acné spontanée. — A côté de l'influence réelle des troubles génito-urinaires, des intempéries atmosphériques, les digestifs dominent la pathogénie des acnés dites spontanées. Il est alors nécessaire de diagnostiquer et de soigner ces désordres digestifs pour guérir et surtout pour prévenir le retour de l'acné. Le régime alimentaire doit exclure tous les aliments fermentés ou facilement fermentescibles, toutes les graisses, les sauces, les épices, les boissons alcooliques, le thé, le café, en un mot tout ce qui favorise ou provoque la congestion de la face. Il faut donc corriger le chimisme stomacal, diminuer ou supprimer les fermentations intestinales par le benzo-naphtol, le salicylate de bismuth, les grands lavages de l'intestin, les laxatifs fréquents. La levure de bière a donné récemment des résultats encourageants.

Traitement local. — Le traitement local est de beaucoup plus important ; il est médical surtout et chirurgical.

Medical. — Il comprend deux temps :

1° Le nettoyage de la peau.

2° Apptication de topiques irritants et antiseptiques.

1° Nettoyage de la peau. — Doit être fait avec de l'eau non pas chaude, mais très chaude, pure, ou avec de l'eau très chaude et du savon noir, chaque soir avant de se coucher.

2° Topiques irritants et antiseptiques. — Seront déposés sur la peau, immédiatement après le nettoyage et le séchage, pour y demeurer pendant un temps qui variera suivant :

a). Leur pouvoir irritant,

b). La finesse ou l'épaisseur de la peau.

On les emploie sous forme de lotions, de poudres ou de pommades.

Lotions irritantes. — Les plus simples, suffisantes dans les cas bénins, sont :

Le savon noir dissous dans l'eau chaude additionnée d'une proportion d'alcool à déterminer suivant les cas particuliers ; on laisse sécher la mousse du savon sur la peau pendant quelque temps ou pendant même toute la nuit, on l'enlève ensuite avec de l'eau chaude pure. Ce traitement très simple est souvent très efficace.

L'*alcool camphré* tiède, étendu d'eau d'abord, plus tard employé pur, agit également bien.

(1) Voir Gaucher : Leçons sur les maladies de la peau.
Brocq : Traitement des maladies de la peau.

Digitized by Google

De même les solutions alcooliques (prescrire l'alcool à 90°) d'acide borique à saturation, d'acide salicylique à 1 ou 2 pour 100 ; la solution d'ichthyol à 5, 10, 15 pour 100 dans parties égales d'eau et d'alcool.

La lotion sulfo-camphrée d'Hillairet :

Soufre précipité	10 à 15 gr.
Alcool camphré	10 grammes
Eau	250 —

Et la solution de sublimé :

Sublimé	2 grammes
Alcool à 90°	500 —
Eau	500 —

sont encore plus actives.

Toutes ces lotions seront faites avec un tampon de coton hydrophile ou déposées sur les parties malades au moyen d'un pinceau. On évitera d'essuyer la peau pour qu'elles agissent par un contact prolongé de quelques heures à toute la nuit.

Au lever, un lavage à l'eau pure très chaude débarrassera la peau de ces agents irritants.

Il est souvent nécessaire de calmer pendant le jour l'irritation produite par ces topiques ou même de suspendre l'emploi de ces agents jusqu'à l'apaisement des phénomènes réactionnels.

A cet effet, on prescrit, pour les peaux sèches, ou relativement sèches, les pommades inertes et calmantes. Exemple:

Sous-nitrate de bismuth	15 grammes

ou :

Oxyde de zinc	15 —
Axonge fraîche	

ou :

Axonze benzoïnée du codex	Q. s. p. faire 100 gr.
Précipité blanc	10 grammes
Axonge	Q. s p. 100 gr.

On réservera les poudres minérales inertes aux peaux qui secrètent abondamment.

Oxyde de zinc } Sous-nitrate de bismuth }	àà 10 grammes
Poudre de talc	80 —

On peut user aussi de pulvérisations locales à l'eau de guimauve, à l'eau de sureau, aux eaux minérales artificielles ou alcalines de Royat, Néris, aux eaux sulfureuses naturelles de Luchon, St-Honoré.

Pommades irritantes On emploiera les pommades simples d'abord de :

Soufre précipité, lavé et tamisé	à 10 0/0
Naphtol	à 5 0/0
Résorcine	à 5 0/0
Acide salicylique	à 1 ou 2 0/0

dans un excipient : vaseline, axonge benzoïnée du codex, vaseline et lanoline, beurre de cacao, huile de ricin, etc.

Si les pommades simples ne donnent pas de résultat, on essaie les pommades composées dont on varie le titre et la combinaison à volonté. Exemple:

Naphtol } Résorcine }	àà 5 gramme
Soufre précipité	10 —
Excipient	Q. s. pour 100 gr.
Soufre précipité } Savon noir }	àà 15 grammes
Axonge benzoïnée	Q. s. p. 100 gr.

qu'on laisse en contact pendant un temps variable, jusqu'à sensation de cuisson de la peau, sensation qui apparaît d'autant plus vite que la pommade est plus forte ou que la peau est plus fine

On enlève ensuite cette pommade et l'on calme l'irritation cutanée par une pommade inerte et calmante ou une poudre calmante. Dans les cas où la réaction cutanée est très intense on doit même suspendre momentanément tout traitement irritant.

Traitement chirurgical. — Réservé à l'acné pustuleux, il consiste à percer les pustules à l'aide d'une aiguille ou d'une lamette aseptique et à les vider par pression de leur contenu.

Il peut être avantageux dans des cas rares, d'ailleurs, de se servir de la pointe fine du thermo-cautère ou du galvano-cautère pour percer d'abord les pustules et cautériser ensuite leur cavité. — E B

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La méthode de Cerny-Trunecek contre les épithéliomas.— Cette méthode n'est qu'un vieux renouveau, elle est basée sur les propriétés caustiques de l'acide arsénieux dont l'emploi remonte à des siècles, jusqu'à Frère Côme... Cerny et Trunecek, après de nombreux essais se sont servis de la préparation suivante :

Acide arsénieux	1 gr.
Alcool éthylique } Eau distillée }	àà 75 gr.

Voici la manière de procéder :

La surface ulcérée est soigneusement nettoyée et abstergée. Au besoin même, on cruentera l'ulcération cancéreuse. On badigeonne ensuite la plaie avec la solution arséniée, en choisissant comme porte-caustique soit un pinceau, soit encore un tampon d'ouate hydrophile fixé sur une pince hémostatique.

Veiller à ce que la solution ne s'écoule pas au-delà de la plaie, surtout lorsque l'ulcération est dans le voisinage de l'œil, sur la paupière par exemple.

Le badigeonnage fait, on laisse évaporer, et l'on panse à plat. Le pansement est inutile, sauf dans les vastes ulcérations susceptibles de se souiller facilement.

Tous les jours, un nouveau badigeonnage est pratiqué. On peut, au bout de quelques jours de traitement, appliquer une solution arséniée plus concentrée. Au lieu de la solution à 1/150, on applique une solution à 1/100 et même 1/80.

Après les badigeonnages, le premier jour, l'ulcération

Digitized by Google

est couverte incomplètement d'une croûte jaunâtre, très mince et très adhérente. Si l'on continue tous les jours ou tous les deux jours les applications de la solution de Cerny, on voit l'escarre s'étendre en surface et couvrir bientôt toute la plaie ; au point de vue de la coloration, de jaune qu'elle était, la croûte devient brune, puis noire.

Au bout de quelque temps, les bords de la croûte se décollent, et l'escarre se détache tout d'une pièce.

Sur la plaie mise ainsi à nu, on pratiquera une nouvelle application avec la solution caustique ; si une croûte dure et adhérente commence à se reformer, on poursuivra les applications ; si, au contraire, on ne constate qu'une croûtelle jaunâtre, mince, facile à détacher, c'est que tout le tissu néoplasique est détruit, et alors la plaie devra être traitée comme une plaie ordinaire.

On a fait plusieurs reproches à la méthode de Cerny et Trunecek. On l'accusait de provoquer des douleurs très vives qui duraient plusieurs heures après le badigeonnage. D'après M. Lamotte (*Echo méd. du Nord*, mars 1900) qui vient de consacrer à cette question un intéressant travail, cette opinion est exagérée, et on pourrait d'ailleurs remédier à ces symptômes douloureux ; si le patient éprouvait, après la première application, des douleurs trop considérables, on pourrait faire précéder les badigeonnages d'un attouchement avec une solution de chlorhydrate de cocaïne, ou encore, comme le conseille Cerny, mélanger de l'orthoforme à la mixtion caustique. La préparation qui suit, par exemple, calme absolument les douleurs :

Orthoforme. . . . . } àà 1 gr.
Acide arsénieux . . . . . }
Alcool . . . . . } àà 40 gr.
Eau . . . . . }

On a reproché aussi à la méthode de provoquer, autour de la plaie, une inflammation avec œdème. Mais, ces réactions inflammatoires semblent dues à la plus ou moins grande susceptibilité du sujet. On pourra, dans ces cas, employer au début une solution un peu moins concentrée. Quelques auteurs ont signalé une conjonctivite intense dans les cancroïdes siégeant près de l'œil. Lamotte n'a jamais observé d'accident de ce genre. Il suffira dans ces cas d'appliquer la mixture avec beaucoup de précautions, de garantir l'œil avec un tampon d'ouate et de garnir les bords de l'ulcère d'un corps gras, vaseline boriquée, par exemple.

Enfin, on a signalé de l'inflammation de la muqueuse pituitaire, dans les cancroïdes siégeant à l'orifice des fosses nasales.

Les indications de cette méthode tiennent : à l'âge avancé; chez les vieillards, en effet, une opération est souvent une chose grave et le traitement de Cerny semble tout indiqué : à l'état général du malade ; chez les cardiaques qui supporteront mal l'anesthésie, chez les athéromateux, les alcooliques, dont la vitalité des tissus est compromise, on devra aussi préférer la méthode de Cerny.

Du côté de la tumeur, si le cancroïde a évolué d'une façon lente, sans envahir les parties profondes, et par dessus tout s'il y a absence d'adénopathie, on devra songer au traitement arsénié.

Enfin, si la tumeur siège dans le voisinage de l'œil, sur la paupière, ou près d'une commissure palpébrale, là où le bistouri entraînerait des délabrements et où l'autoplastie serait difficile, on inclinera pour le traitement par la méthode caustique.

Les contre-indications sont l'adénopathie. Chaque fois que l'épithélioma sera accompagné de ganglions, la tumeur sera justiciable du bistouri.

Le traitement caustique réussit bien dans les cancers superficiels, ne s'étendant pas en profondeur. Mais il semble contre-indiqué dans les cancers profonds.

TOXICOLOGIE

Empoisonnement alimentaire par la vanille. — A Berlin 19 personnes qui avaient toutes mangé de la crème à la vanille dans un restaurant tombèrent malades d'une façon subite et présentèrent des symptômes cholériformes très violents, avec asthénie générale, collapsus cardiaque, respiration de Cheyne-Stokes, cyanose, rigidité pupillaire. Une des personnes succomba.

Le plat avait été préparé la veille, dans une casserole émaillée, avec des œufs, du lait, du sucre et de la vanilline du commerce, soit un mélange de sucre avec 20 p. cent de vanilline. Ces produits étaient de bonne qualité. Mais des recherches faites pour élucider la question démontrèrent que la vanille, bactéricide pour les germes aérobies, favorisait considérablement la pullulation des microbes anaérobies. Or le lait contient précisément des germes anaérobies qui résistent à une ébullition de courte durée et la crème à la vanille est pour eux un milieu de culture extrêmement propice. C'est donc à eux qu'il convient d'attribuer les accidents observés. *(Zeitschrift für diaet. und physikal Therapie.)* — Bd.

CLINIQUE NERVEUSE

Recherches sur les échanges nutritifs dans la maladie de Basedow. — Le Dr Schiœdte (de Copenhague) a consigné dans sa thèse d'agrégation les résultats des recherches qu'il avait entreprises dans le service du Pr Faber dans le but de trouver la cause réelle de la dénutrition observée d'une façon presque constante chez les basedowiens.

Le fait même de l'amaigrissement avait déjà été observé par Basedow lui même, et, après lui, par tous les auteurs qui ont décrit cette maladie. On avait observé également que l'amaigrissement se montrait d'une façon périodique et que ces périodes coïncidaient avec une aggravation de la maladie et vice-versâ. Mais on avait diversement inter-

Digitized by Google

prêté la pathogénie de ce phénomène. Charcot l'attribuait aux divers troubles des organes digestifs qu'on observe chez les basedowiens, tels que vomissements et crises diarrhéiques. Ces troubles n'étaient pourtant pas constants et on voyait des malades manger immodérément, n'avoir point de troubles digestifs, et maigrir quand-même. Les élévations de la température qu'on observe quelquefois chez les basedowiens ne pouvaient pas non plus être rendues responsables de l'amaigrissement.

Dans ces conditions, il était indiqué de chercher la cause de l'amaigrissement dans un trouble de la nutrition. C'est ce qu'a fait, le premier, T. Müller *(Deutsches Archiv. für klinische Medicin*, 1893) qui a publié l'observation d'une malade qui, malgré une nourriture très abondante, perdait journellement 100 grammes de son poids. Mais cette malade était tuberculeuse, de telle sorte qu'on ne peut rien conclure. Les recherches analogues de Matthis (Congrès de médecine de Berlin 1897) sont trop incomplètes pour permettre d'en tirer des conclusions fermes.

M. Schiœdte, pour arriver à des conclusions fermes, a soigneusement éliminé de ses observations toutes les malades qui présentaient des troubles des organes digestifs. Les malades sont restés au repos complet et ont reçu comme nourriture exclusivement de la viande de bœuf, des œufs, du pain blanc, du lait et du beurre. La quantité d'azote de la viande, du lait et du pain fut déterminée par des analyses faites tous les jours. Les graisses et les hydrates de carbone furent évalués d'après les moyennes des tableaux de Kœnig. L'azote excrété par les urines et les fèces fut analysé quantitativement tous les jours d'après la méthode de Kjeldahl et la graisse des fèces par l'appareil à extraction de Soxleth.

De par l'observation attentive de 9 malades, M. Schiœdte est arrivé aux conclusions suivantes : *Dans la maladie de Basedow les échanges nutritives sont très accélérés. Et cette accélération est proportionnelle au degré de gravité de la maladie.*

Quant aux chiffres trouvés par M. Schiœdte indiquant les quantités minima d'albumine nécessaires pour l'équilibre azoté chez les basedowiens, ils sont également notablement supérieurs aux chiffres trouvés par les différents auteurs chez l'homme sain, surtout quand on tient compte du repos au lit des malades. Car il est évident que, toutes choses égales d'ailleurs, une personne dont les masses musculaires sont très réduites de volume doit consommer moins d'albumine pour l'entretien de ses muscles. Dans ses expériences de contrôle chez une personne en bonne santé, M. Schiœdte trouva le chiffre 95 comme indiquant en grammes la moindre quantité d'albumine nécessaire à l'entretien de l'équilibre azoté, et ce chiffre concorde bien avec ceux trouvés par les auteurs.

Tigerstedt a trouvé 94, Voit 84, Demuth 90. En tenant compte du repos et de l'amaigrissement des malades de M. Schiœdte, on aurait dû trouver des chiffres variant entre 60 et 70, si la dénutrition n'avait pas été accélérée chez elles. Or, nous trouvons au contraire des chiffres beaucoup plus élevés, de 95 jusqu'à 100, pour les plus gravement atteintes. *Schiœdte pense que si, d'une façon générale, les échanges azotés sont accélérés, elles peuvent, exceptionnellement, être normales ou ne s'accélérer que périodiquement.*

On pouvait supposer, à priori, que si les échanges nutritifs sont accélérés ches les basedoviens, les échanges respiratoires devaient l'être également. C'est aussi ce qu'ont montré Magnus-Levy et Stüve dans leurs recherches sur les échanges respiratoires chez les basedowiens. Les quantités d'oxygène absorbées et l'acide carbonique éliminé sont plus élevées chez eux que normalement.

Nous savons donc maintenant quelle est la cause réelle de l'amaigrissement chez les basedowiens. Elle réside principalement dans l'accélération des échanges nutritifs. Mais il est clair que des troubles digestifs et surtout les crises diarrhéiques ne peuvent qu'aggraver cet état, et c'est dans ces conditions qu'on observe ces degrés extrêmes d'émaciation et d'atrophie des muscles.

Quant à la cause de cette accélération de la nutrition, elle doit évidemment être cherchée dans une altération de la sécrétion de la glande thyroïde. Car nous savons maintenant, par des expériences sur des animaux et aussi sur l'homme, particulièrement dans le myxœdème, que la glande thyroïde exerce une action accélératrice sur la nutrition et particulièrement sur les échanges azotés (Vermehren de Copenhague). Nous savons aussi que dans la forme la plus commune du goitre, la forme vasculaire, il y a augmentation du nombre des follicules et de la matière colloïde. Il y a donc hypersécrétion de la glande thyroïde, et cette hypersécrétion produit le même effet que si le malade avait ingéré de la glande thyroïde.

Quant à l'action intime que la nutrition de cette hypersécrétion, elle a été interprétée différemment par les différents auteurs. Généralement, ils l'expliquent par une action spécifique sur les tissus ou sur les nerfs qui président à la trophicité. Mais les auteurs suédois, Andersson, Bergman, Johansson, l'expliquent par l'excitation psychique et musculaire (Trémor) produite par la sécrétion anormale. Les observations de M. Schiœdte lui permettent de dire qu'en tous cas, cette explication est insuffisante. M. Schiœdte pense donc que l'anomalie de la nutrition est due, directement, à l'anomalie de la sécrétion de la glande thyroïde.

Au point de vue du *traitement* de la maladie de Basedow, les recherches de M. Schiœdte lui permettent de tirer les conclusions suivantes : il faut surtout veiller sur la nutrition de ces malades. Le repos complèt au lit est indiqué, puisqu'on brûle moins vite ses tissus en repos qu'en activité psychique ou musculaire. L'alimentation doit être abondante. Il importe qu'elle soit riche non seulement en graisses et hydrates de carbone, mais aussi et surtout en matières albuminoïdes, puisque ces recherches ont montré que les échanges azotés sont augmentés et que les malades peuvent perdre leur azote même avec une alimentation renfermant le nombre voulu de calories, si elle n'est

Digitized by Google

pas suffisamment riche en azote. Les résultats pratiques obtenus ont du reste démontré le bien fondé de ce raisonnement. — Kr.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Un nouvel analgésique oculaire. — M. Chauvel fait un rapport sur un mémoire de M. A. Darier, sur le chlorhydrate d'éthylmorphine, nommé aussi Dionine. Ce médicament, déposé dans le cul-de sac conjonctival, ne supprime pas la sensibilité, mais diminue ou suspend la douleur dans les iritis, les kératites, le glaucome.

On doit l'employer sous forme d'instillations d'une solution à 5 p. 100. Ces instillations faites par 2 à 3 gouttes seront répétées de 2 en 2 minutes jusqu'à ce qu'il se forme un chémosis, dû à l'action irritante de la dionine. Inutile de continuer ensuite l'usage du collyre, il resterait sans plus d'effet. Le principal fait à retenir de cette communication est l'action analgésique puissante et profonde de la dionine sur le globe oculaire. — *(24 avril.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Recherches expérimentales sur les amyotrophies d'origine articulaire. — M. Hartmann communique les expériences de MM. Mally et Mignot sur la pathogénie des amyotrophies réflexes qui surviennent au cours des maladies articulaires. On sait que Charcot et Vulpian leur reconnaissaient pour cause une altération myélopathique. Les nerfs articulaires irrités retentiraient par voie centripète sur les cellules motrices des cornes antérieures de la moelle. Les expériences de MM. Mally et Mignot ont fourni la vérification de cette hypothèse, en montrant qu'il existait bien réellement les lésions des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle. — (11 avril).

De l'asepsie opératoire. — M. Quenu. Nous comprenons sous ce nom une méthode dans laquelle les antiseptiques sont bannis du traitement de la plaie. Lorsqu'on oppose l'asepsie à l'antisepsie, cela veut dire qu'on évite soigneusement de mettre en présence des éléments anatomiques mis à nu, des substances quelconques destinées à nuire aux microbes, mais plus nuisibles en réalité aux cellules vivantes.

Nous insisterons aujourd'hui sur deux points principaux : l'asepsie du champ opératoire, la stérilisation des mains du chirurgien.

La préparation des téguments du malade à opérer ne peut être obtenue qu'en multipliant les nettoyages préopératoires. Le degré de stérilisation de la couche épidermique est en raison directe du nombre de nettoyages auxquels on l'a soumise. Il ne suffit donc pas d'un bain la veille et le matin, d'un brossage suivi de tous les ingrédients chimiques possibles, il faut multiplier les bains dans les jours qui précèdent l'opération, pendant 4 ou 6 jours, avec un savonnage généralisé à chaque séance. Ces bains doivent être pris dans des baignoires spécialement réservées aux malades qui doivent subir une opération aseptique. Les poils doivent être rasés plusieurs jours à l'avance et non sur la table d'opération, la stérilisation de la peau étant plus facile dans ces conditions.

La stérilisation des mains du chirurgien constitue une des plus grandes difficultés de cette méthode. Les nettoyages variés et répétés ne suffisent pas à détruire tous les microbes de l'épiderme ; l'emploi de gants de caoutchouc stérilisés met à l'abri de toute infection de la plaie par les doigts du chirurgien. On ne doit pas seulement s'en servir pour les opérations septiques, mais encore pour les pansements, explorations rectales, pour les dissections anatomiques. Mais il est des cas où le gant est gênant pour une opération septique ; les opérations sur les os, les débridements sur le doigt comme conducteur, certaines appendicites aigües comportent mal l'usage des gants. On sera donc très heureux, si le lendemain ou le surlendemain on doit opérer aseptiquement, d'avoir recours à la protection des gants de caoutchouc.

M. Rochard. — Que pense M. Quenu de la fréquentation des amphithéâtres par les chirurgiens ?

M. Quenu. — Il ne faut en rien comparer le contact d'un cadavre bien injecté avec le contact d'une plaie septique où d'un abcès ; néanmoins, il est prudent que le chirurgien ne touche au cadavre qu'avec les mains protégées par les gants de caoutchouc. Quant aux salles d'autopsie, il ne doit jamais y pénétrer.

M. Bazy. — On peut se laver les mains après une opération septique d'une façon suffisante pour pouvoir pratiquer peu après une opération aseptique. Des faits nombreux le prouvent amplement.

M. Tuffier. — Je me sers de gants de caoutchouc pour les foyers septiques, pour les pansements septiques, pour les touchers vaginaux, rectaux, pharyngés. Pour les opérations aseptiques, j'emploie les gants de fil.

M. Nélaton. — Je considère l'opinion de M. Bazy comme dangereuse ; il est impossible d'admettre que l'on puisse pratiquer impunément une opération aseptique après une opération septique.

M. Routier. — Sachant que, théoriquement, on ne peut rendre les mains aseptiques, je redouble de soins de propreté ; j'emploie, pour mes mains comme pour la peau des malades, le brossage énergique et prolongé au savon, suivi d'un lavage à l'éther, puis je frotte mes mains ou la région au permanganate de potasse, je décolore au bisulfite, enfin je donne un dernier coup avec l'alcool absolu, et j'opère vite.

M. Schwartz. — Je crois que, sans avoir la prétention d'obtenir la stérilisation absolue de nos mains, nous pouvons arriver cependant à les nettoyer assez pour les rendre inoffensives. Depuis deux ans, je me suis mis à l'emploi des gants de caoutchouc pour les opérations septiques, mais j'ai eu de grandes difficultés à trouver des gants suffisamment résistants et d'un usage commode. *(25 avril.)*

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

Atlas-manuel des maladies de la peau, par le Pr Mracek. *Edition française*, par le Dr L. Hudelo, médecin des hôpitaux de Paris, 1 vol. avec planches coloriées, chez Baillière, éditeur. Prix : 20 francs.

Il y a longtemps que les dermatologistes se sont préoccupés de représenter en dessins coloriés les types les plus importants et les plus fréquents des maladies cutanées. Mais toutes les publications faites jusqu'à ce jour ont le défaut de ne pas former un ensemble didactique complet et d'être d'un prix très élevé.

Un atlas de format portatif et d'un prix abordable manquait donc aux besoins de l'étudiant et du praticien non spécialisé dans l'étude de la dermatologie. M. le professeur Mracek, de Vienne, bien connu des dermatologistes par ses remarquables travaux personnels, a publié dans la collection internationale d'Atlas-Manuels, un Atlas-Manuel des maladies de la peau et un Atlas-Manuel des maladies vénériennes.

Ces deux atlas, adaptés aux besoins du public médical français par deux anciens chefs de clinique de Saint-Louis, ont le mérite de donner en même temps les idées des deux plus grandes écoles dermatologiques et syphiligraphiques, l'Ecole de Paris et l'Ecole de Vienne.

L'*Atlas-Manuel des maladies de la peau*, que M. le Dr Hudelo, médecin des hôpitaux de Paris, a adapté aux besoins du public médical français, en l'enrichissant de notes additionnelles, où il met en lumière les opinions et les recherches de l'Ecole française et des maîtres de l'hôpital Saint-Louis est un ouvrage remarquable qui méritait d'être signalé à nos lecteurs.

Mémentos de médecine thermale, *à l'usage des praticiens*, publiés sous la direction du Dr Morice, rédacteur en chef de la « Gazette des Eaux », avec introduction par M. Huchard. Stations hydro-minérales de la France (première série) 1 vol. chez Maloine, éditeur, ou aux bureaux de la « Gazette des Eaux », 42, rue du Cherche-Midi.

M. Huchard a ainsi jugé cet ouvrage dans la préface :

« Faire connaître aux praticiens rapidement et d'après l'ordre alphabétique, plus de quarante stations hydrominérales répandues dans toute la France, donner sur elles tous les renseignements généraux, avec les propriétés physiques et chimiques, l'action physiologique, la description, le mode d'administration, les indications et contre-indications de chacune de ces eaux étudiées par les médecins les plus compétents et les plus expérimentés, n'est-ce pas là une œuvre à la fois patriotique, scientifique, humanitaire ?

« Elle est patriotique, puisqu'elle démontre une fois de plus que, de toutes les contrées du monde, la France est la plus riche en eaux minérales, par leur nombre, par leurs variétés, par leur puissance d'action, et que les médecins de notre pays seraient bien coupables de méconnaître ou de négliger de si belles richesses.

« Elle est scientifique, puisqu'elle donne la preuve des propriétés thérapeutiques basées sur la composition chimique et l'action physiologique des eaux minérales.

« Elle est humanitaire, puisqu'elle profite aux malades en leur réservant une médication des plus efficaces, et aux médecins en leur facilitant singulièrement la tâche. »

Les sanatoria *(Traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire)*, par le Dr S.-A. Knopf. 1 vol. cartonné à l'anglaise, chez Georges Carré et C. Naud, éditeurs. Prix : 22 francs.

Nous ne pouvons que dire du bien de cette publication qui rendra les plus grands services aux médecins, car on y trouve tous les renseignements possibles sur les sanatoria et sur le traitement de la tuberculose, question dont l'actualité est toujours pendante, et sur laquelle nous sommes appelés à nous prononcer tous les jours. Nous ne pouvons que féliciter le Dr Knopf d'avoir entrepris semblable travail et de l'avoir mené à bonne fin. — S. R.

Thérapeutique clinique de la fièvre typhoïde. — Sous ce titre, M. O. Martin vient de publier dans l'Encyclopédie des aide-mémoire de Léauté un volume dans lequel il résume, aussi pratiquement que possible, les diverses médications à employer dans la fièvre typhoïde simple ou compliquée.

La thérapeutique spécifique de la fièvre typhoïde nous faisant encore défaut, ce sont les divers éléments de la thérapeutique physiologique avec leurs indications, leur opportunité et leur mode d'application que l'auteur a exposés, appelant particulièrement l'attention sur la balnéation chaude à 38°-39° dont l'emploi dans la fièvre typhoïde, bien que récent, a déjà donné de nombreux succès. — E. L. M.

Dr AMEUILLE

J'apprends avec un véritable chagrin la mort à 85 ans, du Dr Ameuille, ancien président de la Société médicale du IIe arrondissement, de la Société médico-chirurgicale de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc. C'était un homme bon, généreux, loyal, d'une égalité de caractère et d'une gaieté qui ne se sont jamais démenties jusqu'à la fin de ses jours. Je le connaissais depuis bien longtemps, depuis mes premiers essais dans le journalisme qui datent de plus d'un quart de siècle. Je l'avais connu à l'imprimerie de l'*Union médicale* où je rencontrais souvent son futur beau-père M. Nicolas, un homme d'une intelligence remarquable, d'une probité exemplaire. C'est parce que le Dr Ameuille, intelligent et probe lui-même, a trouvé les mêmes qualités chez ce dernier, qu'il a demandé la main de sa fille, montrant par là qu'il ne considérait pas le mariage comme une association d'intérêts : mais bien plutôt comme une association de cœurs qui se comprennent.

J'étais attaché à Ameuille par d'autres liens ; il avait été l'ouvrier de la première heure du *Journal des Praticiens* que j'ai fondé il y a 14 ans, un de ses premiers actionnaires, et il s'intéressait toujours beaucoup plus à ses succès scientifiques qu'à sa réussite financière, laquelle d'ailleurs a toujours été prospère.

J'aurais voulu assister à son deuil, dire quelques mots sur sa tombe pour retracer une vie toute d'honneur et de dévouement. Je suis obligé, à mon grand regret, de tracer à la hâte ces lignes, de mon lit de convalescent, pour lui envoyer le dernier, le suprême adieu, pour dire que son souvenir restera toujours vivant dans nos cœurs, pour assurer sa digne, sa courageuse, sa vaillante veuve de notre bien respectueuse et affectueuse sympathie. — H. Huchard.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

La chorée infectieuse (chorée de Sydenham) et son traitement

Par le Pr CHR. GRAM (de Copenhague)

Les observations qui forment la base de cette conférence, portent sur des cas de chorée véritable, la chorea vera ou chorée de *Sydenham (Scedula monitoria de novæ febris ingressu,* 1688) ou petite chorée. Il est permis de douter que la soi-disant chorée héréditaire (chorée de Huntington) doive être rapportée à la chorée infectieuse; je n'ose formuler aucune opinion, car je n'ai jamais eu l'occasion d'observer cette forme. Il va de soi qu'on doit soigneusement exclure les névroses choréiformes qui sont essentiellement d'origine hystérique et ont fréquemment une si grande ressemblance avec la chorée de *Sydenham*, que, de fait on les définit souvent vraie chorée.

Ces derniers temps ont vu surgir d'ardentes discussions sur l'étiologie de la chorée et particulièrement sur ses rapports avec le rhumatisme articulaire aigu et la question de cette identité d'étiologie pour laquelle penchent beaucoup de présomptions, a exercé le zèle tant des défenseurs que des opposants. Récemment, toutefois, la lutte a changé de caractère, car aujourd'hui, il s'agit plutôt de savoir si la chorée est une *maladie infectieuse* ou une *névrose de nature inconnue* susceptible de se déclarer sous l'influence de diverses modifications du système nerveux. Cette dernière manière de voir a eu un grand avocat dans *Charcot* (Voir : Leçons du mardi 1887-88, p. 38). Cependant, malgré l'autorité de *Charcot*, la théorie de l'infection voit s'accroître le nombre de ses partisans et ceux-ci doivent se réjouir de voir que, dans sa grande monographie de la chorée (*Nothnagel :* Specielle Pathologie u. Therapie, 12 vol., 2e part., 3e section, 1899) le professeur *Wollenberg* de Hambourg se pose en ardent défenseur de la théorie de l'infection. Il rejette avec raison la dénomination de chorée mineure, qu'on emploie souvent encore et dont l'origine n'est due qu'à la défiguration que les auteurs allemands ont fait subir à la description générale de la maladie par *Sydenham*. Néanmoins, *Wollenberg* partage encore l'opinion dominante exprimée dans tous les traités et manuels que je connaisse, savoir que chez les enfants, c'est-à-dire les sujets au-dessous de 15 ans, la chorée est une maladie bénigne qui finit presque toujours par guérir. C'est contre cette manière de voir que je veux protester, car, à mon sens, elle est pour les patients une source de grands dangers.

Mais, malheureusement, nous n'avons été jusqu'ici que très parcimonieusement renseignés sur la chorée aux points de vue de la pathologie, de l'anatomie et de la bactériologie, car elle ne laisse qu'une mortalité directe très faible. La mortalité ne se manifeste qu'avec les maladies soi-disant consécutives et alors cette chorée est enregistrée parmi les maladies de cœur ou analogues répétant ce qui a lieu pour le rhumatisme articulaire aigu; et pourtant, au passage cité page 18, *Wollenberg* fait remarquer que l'endocardite se produit certainement avec beaucoup plus de fréquence qu'on ne l'admet en général, en ne faisant attention qu'aux symptômes cliniques; il cite également *Osler* (Americ. journal of medic. science, octobre 1887) qui sur 410 patients atteints de chorée, a constaté des bruits anormaux du cœur chez 120 dont 90 avaient une endocardite, et sur 110 personnes ayant eu auparavant la chorée et auscultées dans les deux et même les seize années qui suivirent la maladie, il n'en trouva que 43 exemptes de symptômes de maladie du cœur; il y en avait donc 61 0/0 qui présentaient les symptômes de maladies du cœur. *A Pribram* (Der acute Gelenkrhumatismus. Wien 1899) mentionne, page 250, que sur 118 cas de chorée, il en a trouvé 62 où le cœur était atteint (Das Herz nicht gesund), ce qui donne 53 0/0. Comme on le verra, ces indications cadrent bien avec mes constatations.

En général, certains auteurs disent d'emblée, que la température ne s'élève pas quand il n'y a point de « complication sérieuse » ; d'autres ne touchent aucunement à la question de température, mais cette opinion tient sans doute en grande partie à ce que les cas bénins sont exempts de symptômes subjectifs de fièvre, qu'on les traite généralement hors du lit et que par conséquent, on omet de prendre la température.

On ne dispose que d'un petit nombre de recherches bactériologiques capables d'appuyer la théorie de l'infection, car il est de fait que rarement la mortalité résulte directement de la chorée, et, en réalité, ce sont seulement les soi-disant maladies consécutives, surtout les affections du cœur, qui donnent lieu à des recherches d'anatomie pathologique ; mais nous n'avons pas le droit d'espérer davantage en cas de chorée qu'à propos du rhumatisme articulaire aigu, car le symptôme chorée doit surtout être pris dans l'acception de symptôme d'intoxication suscité par la toxine que produit le contagium vivum (comparer les cas analogues au rhumatisme articulaire et faisant suite à l'injection de sérum diphtérique). En 1888, *Naunyn* trouva dans la pie-mère et dans l'endocarde des *mycèles brun de rouille* (Ein Fall von Chorea S Viti mit Pilzbildungen in der Pia mater. Mittheilungen aus d. medic. Klinik zu Kœnigsberg, 1888).

Steinkopff (chez Hitzig), (Ueber die Aetiologie der Chorea minor. Diss. Halle, 1890), a appliqué à deux

Digitized by Google

cas la méthode des recherches bactériologiques (Prof. *Eberth*); dans l'un il a trouvé que les végétations des valvules du cœur et les végétations du cerveau contenaient des *streptocoques* et, dans l'autre, qu'elles contenaient une *bactérie épaisse et courbe* (trapue) dont les bouts étaient arrondis.

Leredde a trouvé le staphylocoque blanc, dans un cas (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1er mai 1891, citation tirée du Traité de médecine 1894, vol. VI, page 1217).

Pianese a trouvé un *diplocoque* et un *diplobacille* et constaté que ce dernier pouvait causer la chorée chez les animaux. (La natura infettiva della corea del Sydenham. Napoli 1892, citation tirée de la Real-encyclopaedi d'Eulenburg).

Triboulet constata que, dans quatre cas le sang des choréiques contenait des *staphylocoques* (blanc ou doré), tandis que dans quatre autres cas l'analyse donna un résultat négatif. (Du rôle possible de l'infection en chorée. Thèse de Paris 1893, citation empruntée au traité de médecine 1894.)

Leyden a trouvé de *fins diplocoques* dans un cas de chorée. (Ueber ulceröse Endocarditis. Deutsche med. Wochenschrift 1894, N° 49.)

H. Meyer cite (Beiträge zur Frage des rheumatisch infectiösen Ursprungs d. Chorea minor. Jahresbericht für Kinderheilkunde, vol. XL, 1re livraison, p. 1) un cas de chorée avec endocardite, dans lequel les végétations des valvules mitrales contenaient un *streptocoque* (pyogène?) et un *staphylocoque pyogène citrin*, le v. Atrium et la rate contenant un *streptocoque*. (Citation tirée de Pribram : Der acute Gelenkrheumatismas, Wien 1899.)

Pour ma part, il ne s'est présenté qu'un cas où j'ai eu l'occasion de chercher si dans la chorée les végétations endocarditiques contenaient des bactéries, mais je n'ai obtenu que des résultats négatifs.

Ces trouvailles bactériologiques doivent correspondre à des états assez différents et les singulières expériences de *Pianese* n'ont été ni répétées ni confirmées par d'autres ; mais les choses se passent tout à fait de la même manière que dans le rhumatisme articulaire aigu et il paraît vraisemblable que différents microbes soient à même de causer la chorée.

Il peut être à propos que j'insère ici une remarque sur ce fait digne d'une attention spéciale, que le symptôme nerveux chorée accompagne différentes affections (et infections), car la chorée est la reproduction d'un état purement physiologique : l'*hébétude*, l'*ahurissement*, la *confusion*, la *timidité*. Une *chorée rudimentaire* ou *passagère* peut se constater chez presque tous les enfants qui deviennent *hébétés* ou *gênés*, sont *intimidés*, *embarrassés* ou *perdant contenance*, et souvent, il peut être assez difficile de décider sur-le-champ si tel enfant a un léger accès de chorée ou s'il n'est que fortement ahuri parce qu'il se sent épié du regard. Il y a même de nombreux adultes qui prennent des crises passagères de chorée, soit sous l'influence persistante d'œillades qui les clouent, soit en raison même des efforts qu'ils font pour ne pas paraître déconcertés par un entourage insolite ou une situation imprévue. Nous connaissons tous plus ou moins bien cet état où les extrémités, le tronc et la tête font des mouvements sans précision ni motif, superflus, gauches, à tâtons et où la voix même s'altère. L'œil devient inquiet ; on est sous l'impression pénible qu'on s'y prend mal, qu'il y a dans le vêtement quelque chose d'étrange ou tel autre inconvénient. Il est tout naturel que ces phénomènes soient plus saillants chez les enfants que l'école de la vie n'a pas encore endurcis par le frottement ; aussi trouve-t-on cette assertion confirmée par la prédominance de la chorée chez les sujets ayant moins de quinze ans : durant leur sommeil, la chorée diminue ; elle fait preuve de recrudescence par l'effet des regards fixés sur eux, d'efforts intellectuels qu'ils font ou d'émotions qu'ils éprouvent. Beaucoup d'individus qui ont eu la chorée étant enfants, conservent un brin de chorée pendant toute leur vie.

On peut donc bien spécifier la chorée comme *mal d'ahurissement*, de même que la maladie de Basedow comme mal d'angoisse (morbus trepidationis).

De 1892 à 1898, j'ai eu l'occasion de traiter 25 cas de chorée : il est vrai que ce nombre n'est pas considérable, mais j'espère en compenser l'exiguïté, en tout cas partiellement, par le soin apporté à rechercher les facteurs étiologiques et à observer les patients. A ce propos, je dois des remerciements à mes collaborateurs, les chefs de clinique et internes. Je n'ai pas voulu exploiter les riches matériaux dont disposent les autres services des hôpitaux, ni les miens non plus, avant d'être nommé médecin en chef.

De ces 25 patients, trois étaient adultes, respectivement 21, 20 et 16 ans ; le reste était des enfants. Il y avait 6 garçons et 19 filles.

1° Seize de ces mêmes patients avaient eu, *peu de temps avant* le début de leur chorée, soit une angine, soit un rhumatisme articulaire aigu, soit la scarlatine avec symptôme articulaire, soit une otite moyenne. Des 16 patients, *trois* sont *morts* et tous trois d'endopéricardite avec petites végétations molles et incolores, disposées par rangées sur le bord des valvules « a row of small vegetations » (*Herringham* St. Barlholo. Report 1888, citation tirée de Wollenberg). Durant sa chorée, une des patientes eut un accès d'amentie aiguë qui força à la transporter à l'hôpital communal (service des aliénés).

2° Chez neuf des patients, il fut impossible de constater avec certitude qu'une infection avait eu lieu la veille de la déclaration de la maladie ; mais,

Digitized by Google

plus tard, une de ces patientes mourut d'une endo-péricardite, exactement comme les susdits, et par conséquent, il vaut mieux la rattacher au premier groupe; une deuxième patiente ne fut examinée que huit ans après le premier accès de la maladie ; elle avait eu angine sur angine et après, diphtérie et angines récidivantes. On pourrait peut-être placer ces deux patientes dans le premier groupe ; il y eut, en outre, chez trois patients, des signes cliniques d'endocardite ; mais, même en ne les rattachant pas aux précédents, il n'en reste pas moins que presque les deux tiers des patients avaient subi l'infection aiguë avant que la chorée éclatât et l'on retrouve des rapports analogues relatifs à la manifestation de l'endocardite également constatée chez les deux tiers des patients. Or, ce rapport influe considérablement sur la prognose, car souvent des cas bénins d'endocardite ont donné plus tard des cas sérieux d'affections du cœur.

Dans un des trois (ou quatre) cas terminés par la mort, la permission de faire l'autopsie a été refusée mais il ne saurait y avoir doute sur la diagnose : Endopéricardite (voir l'observation ci-jointe).

En général, on constata une légère augmentation de température, bien que le plus souvent ce fût peu de chose et surtout au commencement du séjour à l'hôpital, et de temps à autre durant le cours de la maladie : mais on ne doit pas oublier que les patients gardaient tous le lit et que, de plus, on les traitait généralement par les fébrifuges (salicylate de soude, salipyrine et antipyrine). Pour moi, il n'y a pas de doute que la légère fièvre qui, le plus souvent, passe sans symptômes subjectifs, correspond dans la plupart des cas à une petite *endocardite* latente dans beaucoup d'entre eux, et, certainement aussi, capable de guérir dans des circonstances favorables sans laisser d'affections valvulaires persistantes; mais, souvent aussi (Comp. *Osler* cité plus haut), il arrive de constater que l'endo-péricardite ou les affections des valvules ont pu évoluer considérablement si les cas en question sont négligés ou suivis de récidive, et le cas cité plus loin, montre l'évolution d'une chorée avec forte endo-péricardite.

En ce qui concerne la *diagnose de l'endocardite*, je crois qu'il faut en admettre la présence s'il y a une fièvre légère, irrégulière, en dehors de toute autre cause constatable; s'il y a un peu d'agrandissement de l'étendue de la matité du cœur, si la systole donne un bruit de souffle à la pointe du cœur ou à la valvule pulmonaire et si le second son pulmonaire est légèrement accentué. Ce qu'on sait du rhumatisme articulaire aigu et ce qui ressort des cas de chorée mentionnés ici comme se terminant par la mort, montre que les endopéricardites sérieuses débutent précisément de cette manière peu marquée et que souvent, du moins en apparence, ces affections disparaissent pour reparaître avec recrudescence au bout d'un temps plus ou moins long.

En général, mes cas n'ont présenté *aucune anémie;* partout où on l'a soupçonnée, on a fait le dosage de l'hémoglobine (Gowers ou Fleischl).

Comme résultat de mes observations, je prétends devoir maintenir que *la véritable chorée, celle de Sydenham, est une maladie d'infection qui, en général*, et peut-être toujours, *est accompagnée d'endocardite,* et que *la prognose est loin d'être aussi bonne que l'indiquent généralement les traités et manuels, tant pour le danger de mort que pour le rétablissement complet.*

C'est bien à peine si la chorée est directement contagieuse ; mais comme les cas d'*angine* qui précèdent la chorée avec une si grande fréquence, ne laissent pas d'être souvent contagieux (staphylocoques et streptocoques), on doit y faire attention et, en somme, il est certainement très important de surveiller toute angine avec un peu plus de sévérité qu'on ne le fait actuellement en mainte circonstance, bien que la crainte de la diphtérie ait causé plus d'une résipiscence, et je crois que, pour arriver à combattre le rhumatisme articulaire aigu et la chorée, il faut faire soigneusement attention à l'angine. Tout patient atteint d'angine doit, autant que possible, être traité au lit, rester alité pendant le traitement.

Je prescris toujours à ces patients-là un gargarisme d'acide borique (solution à 4 0/0), le cas échéant, avec application, au pinceau, du nitrate d'argent (solution 1 0/0) ou bien l'iode 1, l'iodure de potassium 2, la glycérine 50; en outre, la mixture au chlorure de fer, 1 cuillerée à dessert, 1 cuillerée à bouche de 4 à 6 fois par jour, ou l'antipyrine (20 à 100 centigrammes) trois fois par jour selon l'âge.

Le meilleur moyen de traiter la *chorée* même est, sans contredit, le repos au lit, car il abrège considérablement le cours de la maladie et sert pour le mieux à mettre et maintenir les patients à l'abri des influences psychiques, telles que les regards, les taquineries, etc. Les patients ne doivent pas quitter le lit avant la cessation de tout mouvement choréique et le rétablissement de la température normale. Si la chorée est très forte, le patient doit être *alimenté*, au cas échéant, à l'aide de sondes œsophagiennes. Il faut, en outre, durant la période aiguë, administrer l'*antipyrine*, le salicylate de soude ou la salipyrine. Je préfère ce dernier remède qu'on donne par doses de 50 à 100 centigr, trois fois par jour dans un cachet ou remué dans un bouillon d'avoine ou, encore, battu avec un jaune d'œuf, vu la grande difficulté d'administrer en poudre cette préparation. Quand la

Digitized by Google

chorée devient *chronique*, l'emploi du *bromure de potassium* ou des préparations d'*arsenic* peut réussir. Il est naturel qu'on doive y ajouter de bons soins et, par bonheur, nous voyons aujourd'hui les beaux résultats de l'amélioration des infirmeries et de l'augmentation de la propreté, car il est très rare de constater les escarres du décubitus, auparavant si redoutées. La grande mortalité parmi mes patients est une conséquence naturelle de ce que les cas dont nous sommes chargés dans les hôpitaux sont essentiellement plus graves que les autres.

Malheureusement, la chorée nous donnera sans doute les mêmes résultats que le rhumatisme articulaire aigu; ils nous apprendront que les préparations de salicyle dont l'effet contre la fièvre et les affections articulaires est si excellent, sont loin de briller par cette même efficacité quand il faut prévenir ou guérir l'endocardite, car alors, il faut trouver des auxiliaires de plus dans le repos au lit, dans une alimentation analytique appropriée : aussi *le traitement ambulant de la chorée aiguë est-il un abus, un contre-sens*, même quand le cas paraît peu sérieux, et même quand l'expérience semble montrer qu'en beaucoup de cas tout va bien ; mais c'est ici que les indications d'Osler et mes cas deploient leur éloquence pour adjurer d'être prudent soit en fait de prognose soit pour le traitement.

Post-scriptum. — On vient d'appeler mon attention sur un mémoire de A. Früs, intitulé : Chorée des adultes (Hosp. tid., 3e série, vol. X, p. 661), où l'on pourra peut être trouver des preuves indirectes de la théorie de l'infection. En effet, les psychoses qui accompagnent et suivent la chorée et sur lesquelles Früs insiste, offrent une ressemblance frappante avec les psychoses infectieuses. Früs dispose de 34 cas où les patients ont plus de 15 ans, bien que chez 8 d'entre eux la maladie se soit déclarée avant leur 15 ans révolus. En 9 cas, on a constaté que le rhumatisme articulaire aigu avait précédé. Chez 13 des patients on trouva le cœur affecté et dans 9 cas il y avait maladie de cœur. Chez un des patients, qui mourut, on constata une endocardite verruqueuse aiguë.

Chez une de mes patientes, on trouva une vulvovaginite qui pouvait bien être de nature gonorrhéique. Depuis décembre 1899, je traite une patiente atteinte d'une chorée dont l'unique cause probable m'a paru pouvoir être attribuée a une vaginite gonorrhéique dont les gonocoques étaient typiques et il se peut qu'une telle infection soit capable de donner la chorée, de même qu'elle est capable de causer des affections articulaires et des endocardites.

Parmi mes observations, les numéros suivants ont cela de particulier que les nos I-XV sont des cas où l'on peut prouver qu'il y avait préalablement infection ;

Le no XVI est un cas d'articulations prises durant le séjour à l'hôpital et de mort d'endocardite et d'embolie cérébrale ;

Le no XVII, un cas d'endocardite aiguë et d'affection valvulaire du cœur, et de mort ;

Le no XVIII, endocardite. Otite moyenne chronique et suppurée ;

Les nos XX-XXV, cas preuve d'infection.

Comme exemple typique, je me bornerai à l'observation suivante que je résume ainsi :

J.-M. H..., 13 ans, fille de veuve, entrée le 8 juillet 1898, morte le 21 septembre 1898 — 76 jours. — Chorée et rhumatisme articulaire aigu, léger durant le cours de la chorée. Endopéricardite. Hémiplégie gauche. Ophtalmoplégie droite.

Bien portante auparavant ; mais, il y a quatre mois, on constata des mouvements choréiformes ; la mère l'a crue bien portante jusqu'alors. Les symptômes cédèrent devant l'emploi du fer. Effrayée, il y a 15 jours, par une femme qui voulait la battre, la patiente s'était trouvée plus mal, mais était restée levée jusqu'à l'avant-veille de son arrivée ; ces renseignements donnés par la mère sont très incomplets. Chorée forte, particulièrement du côté droit. Température 38°6 ; pouls 88, régulier. Respiration 22, choréatique. Légère prolongation du premier bruit du cœur sur l'apex. Pas d'agrandissement constatable du cœur. Urine sans albumine, ni sang, ni sucre. Douleurs dans le cou-de-pied droit.

Rp. salipyrine 1 gramme, 4 fois par jour.

Hémoglobine 90 % (Gowers).

Température constamment en hausse jusqu'au soir, atteignant 38,6.

12 juillet. — La matité du cœur atteint le bord sternal droit, la 3e côte et un peu en-deça de la ligne des papilles. Ictus au 4e espace intercostal. Auscultation rendue très difficile par le manque de tranquillité. Les douleurs continuent dans le cou-de-pied droit. Appétit très bon.

20 juillet. — Cœur sans changement. Etat stéthoscopique des poumons, naturel. Urine sans albumine. Forte affection choréique du gosier et des muscles du cour

23 juillet. — Cœur sans changement, mais le second bruit pulmonaire est fortement accentué. Pouls 120. Mal de tête, de temps en temps et d'intensité moyenne.

24 juillet. — Cœur dilaté depuis la 2e côte et le bord droit du sternum jusqu'à l'ictus qu'on sent enserrer dans les 4e et 5e espaces intercostaux un peu en dehors de la ligne des papilles. Bruits anormaux de la systole et de la diastole. Rougeur et enflure des articulations des doigts de la main droite.

28 juillet. — Rien dans les articulations ; un peu moins de chorée. Forts râles dans le lobe inférieur du poumon droit en arrière. Appétit bon.

3 août. — Presque plus de mouvements choréiques.

6 août. — Douleurs revenues dans le petit doigt de la main droite.

Supprimé la salipyrine.

Rp. la potion de salicylate de soude, gr. 10-150.

1 cuillerée de dessert 4 fois par jour.

12 août. — Douleurs diffuses dans l'abdomen. Pas de vomissements ni de hoquet.

Digitized by Google

14 août. — Supprimé la potion de salicylate de soude.
15 août. — Douleurs disparues.
17 août. — Cœur sans changement.
22 août. — Douleurs et enflure à la cuisse droite.
23 août. — Mouvements de la hanche droite douloureux.
25 août. — Rp. salipyrine 1 gr. 3 fois par jour.
26 août. — L'enflure diminue.
27 août. — Presque plus rien d'enflé ni d'endolori.
31 août. — Point de douleur, chorée insignifiante.
2 septembre. — Cœur sans changement; urine constamment exempte d'albumine.
3 septembre. — Frottement péricardique à l'apex du cœur; ce point donne des douleurs. Appliqué la glace.
8 septembre. — La patiente se trouve bien; glace supprimée.
11 septembre. — 2 h. matin, nausées; 4 h. matin, vomissements, hémiplégie, visage déformé, difficulté d'avaler et de parler. Bras gauche et jambe gauche engourdis. Forte somnolence interrompue par des gémissements. Ptose de l'œil droit: immobilité de l'œil droit.
12 septembre. — Délire, hémiplégie motrice et sensitive complète du côté gauche. Supprimé la salipyrine.
13 septembre. — Miction involontaire. Nombreux et forts bruits de râle dans la trachée.
16 septembre. — Pas de changement. Urine sans albumine. Stéthoscopie impossible en raison des râles de la trachée. Pouls: 140. Escarres.
21 septembre. — 6 h. matin, température: 41°3. — Morte à 2 h. 30 soir.
Autopsie refusée.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde et des cavités de l'oreille dans les otites moyennes suppurées chroniques

L'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les otites moyennes suppurées chroniques n'avait tout d'abord d'autre but que d'assurer le drainage immédiat et nécessaire d'une suppuration de l'antre ou des cellules.

Plus tard, on espéra, en maintenant une fistule et en désinfectant par des lavages l'antre et la caisse, guérir plus rapidement l'otorrhée ou en prévenir les complications. Mais l'antrotomie ne suffit pas et ne put s'opposer aux conséquences d'une carie du tegmen ou de la table interne vers la paroi sinusienne. Aussi, depuis que Küster, Bergmann, Stacke, Zaufal, ont montré qu'il était possible d'atteindre les lésions attico-mastoïdiennes, l'antrotomie est-elle devenue une opération d'urgence.

Lombard, ancien interne de M. Gougenheim, dans un très intéressant travail (Th. Paris, 99), vient de préciser les indications de l'ouverture mastoïdienne seule et accompagnée de l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne; nous le suivrons dans son étude.

Ces indications, en effet, ne sont pas toujours faciles à poser et les lésions qui, jusqu'ici, ont le plus souvent justifié l'intervention, sont : les ostéites chroniques suppuratives de l'apophyse seules, ou accompagnant des lésions de l'oreille moyenne, les mastoïdites congestives, cholestéatomateuses, scléreuses.

Le diagnostic étant difficile à établir, l'intervention a réuni de nombreux partisans, depuis que l'on a pu espérer enrayer ou prévenir des complications graves par l'évidement mastoïdien précoce. Mais des auteurs autorisés ont insisté sur le traitement conservateur un peu délaissé; Mignon et Stacke lui-même, n'ont pas craint de dire qu'on avait peut-être abusé de cette opération qu'ils réservent aux cas d'otorrhée chronique invétérés et négligés.

Ces divergences d'opinion résultent de la difficulté qu'on rencontre pour préciser le diagnostic de l'étendue des lésions. Néanmoins, il importe d'être fixé sur la conduite à tenir dans les différents cas.

Au point de vue clinique, Lombard envisage plusieurs cas : 1° l'otorrhée est compliquée; 2° otorrhée sans complications avec lésions apophysaires; 3° il n'y a aucun signe mastoïdien visible, il faut diagnostiquer les lésions de l'antre ou des cellules.

1° Otorrhées avec complications. — Il s'agit d'une otite moyenne chronique compliquée : il y a des accidents généraux graves. Dans ce cas, l'intervention chirurgicale s'impose, car, on doit se placer dans l'hypothèse la plus défavorable; il est difficile, en effet, de savoir si les symptômes observés traduisent du méningisme ou de la méningite. De plus, les abcès cérébraux et cérébelleux n'ont pas toujours une symptomatologie précise.

Mais, en présence de signes de localisation, doit-on atteindre l'abcès par voie mastoïdienne ou par craniectonomie? C'est, en réalité, le choix du procédé opératoire qui est en discussion. Mais, en général, le chirurgien est presque toujours conduit à chercher l'abcès autour du foyer osseux originel, de sorte que l'ouverture de l'apophyse précède presque toujours nécessairement les interventions dirigées dans ce but.

Quand il y a des signes d'infection veineuse, on ira encore découvrir le sinus par l'apophyse, pour le traiter; de même, quand il y a des signes de pyémie sans symptômes de thrombose. La première indication à remplir, est évidemment de supprimer la cause même de l'infection, en mettant largement au jour les foyers d'ostéite.

En résumé, toute otorrhée compliquée motive l'ouverture mastoïdienne, qu'il existe ou non des signes mastoïdiens. Que l'on se contente de donner issue au pus, ce qui est insuffisant, ou, ce qui vaut mieux, que l'on poursuive les fongosités et les trajets fistuleux

Digitized by Google

dans toute l'apophyse, dans l'aditus, et que l'on curette le tegmen, la nécessité de découvrir les lésions osseuses profondes s'impose dans tous les cas.

2° Otites suppurées chroniques avec signes mastoïdiens visibles. — On observe ici un œdème plus ou moins étendu, allant parfois jusqu'à la fosse temporale, se retrouvant toujours dans le sillon rétro-auriculaire, qui est un peu effacé; il y a disparition des saillies et des rugosités osseuses; la pression réveille une douleur vive, localisée à la pointe, à la région antrale. Dans d'autres cas, il y a un abcès sous périosté, secondaire à une trépanation spontanée de l'os, ou à une infection par voie vasculaire au niveau de la fosse criblée rétro-méatique. A cet abcès, succède une fistule s'il s'ouvre spontanément ou si l'on s'est borné à une antrotomie simple.

Dans ces cas, l'indication opératoire est précise; c'est, d'ailleurs, presque toujours, dans ces conditions, que le chirurgien est appelé à intervenir.

3° Otites chroniques suppurées sans signes mastoïdiens visibles. — Ici, l'indication opératoire est bien plus difficile à établir : elle consiste à résoudre le problème suivant : Les lésions sont-elles limitées à la caisse, ou ont-elles gagné l'aditus, l'antre, les cellules mastoïdiennes, l'écaille temporale? Si elles ne sont ni trop étendues ni trop profondes, ni trop invétérées, sont-elles susceptibles de guérir par des interventions forcément restreintes, mais souvent efficaces et suffisantes, pratiquées par le conduit?

Deux méthodes peuvent renseigner sur l'état de la mastoïde : d'une part, l'exploration directe, dont il ne faut pas trop attendre, d'autre part la recherche et la critique sévère des divers symptômes, dont l'ensemble permet, dans beaucoup de cas, d'établir un diagnostic suffisamment précis.

A. Examen direct de l'apophyse mastoïde.

La *percussion* a donné des résultats variables, suivant les observateurs : d'après Politzer, du côté malade, le bruit serait plus court, mais ce symptôme s'observe également dans les suppurations unilatérales de l'oreille moyenne sans phénomènes inflammatoires de l'apophyse mastoïde; d'après Moos, la matité de l'apophyse indiquerait une maladie de cet organe. Comme le fait remarquer Ostino, la matité serait une excellente indication pour l'opération, si l'appréciation des différences de sonorité n'était aussi difficile, les deux sensations de comparaison n'étant pas simultanées, mais se suivant en deux temps assez espacés. De plus, il faut choisir deux points exactement symétriques et frapper avec la même intensité.

L'*auscultation* n'a également qu'une valeur secondaire; Ostino a trouvé dans quelques cas un affaiblissement du son du côté malade, dans d'autres un son renforcé, surtout dans les mastoïdites compliquées d'abcès extra-dural et de lésions péri-sinusiennes. Le même auteur, auscultant simultanément les deux mastoïdes au moyen de deux spéculum placés en deux points homologues, a remarqué que lorsqu'on fait vibrer le diapason, si les sons sont transmis par les deux apophyses avec une égale intensité, on entend un son unique; si le son est plus intense d'un côté que de l'autre, il sera entendu par l'oreille du côté où le son est plus fort; dans deux cas le son fut plus latéralisé du côté malade; aussi, d'après lui, ce moyen aurait quelque valeur.

La *transillumination* n'a pas donné des renseignements aussi précieux que pour le diagnostic des empyèmes maxillaires et frontaux; on ne peut fonder une opinion sérieuse que sur un résultat négatif, le résultat positif de l'épreuve ne permettant pas d'exclure la présence des lésions de l'antre et des cellules.

La *ponction* de la mastoïde, dans le but d'aller aspirer directement le pus ou les liquides contenus dans l'antre, l'aditus ou les cellules n'est point pratique à cause de l'épaisseur de la paroi osseuse; de plus, elle est dangereuse, car on risque d'entrer dans un sinus anormalement situé; enfin l'antre et les cellules peuvent être bourrés de fongosités sans liquide appréciable, et la ponction rester blanche. Il vaudrait mieux faire d'emblée une antrotomie exploratrice.

La *radiographie* et la *radioscopie* sont difficiles à appliquer à la mastoïde, la grande épaisseur de tissus rend malaisée l'interprétation des épreuves.

En résumé, les divers modes d'exploration de la mastoïde ne renseignent que fort peu sur l'état de cette cavité; les signes que nous allons examiner ont une toute autre valeur, ce sont eux qui permettent de reconnaître l'étendue et la nature des lésions, et de poser l'indication opératoire.

B. — Symptomes subjectifs et objectifs

a). L'*écoulement* est un signe très important et en général les lésions qu'il indique sont d'autant plus profondes qu'il est plus ancien. Cet écoulement n'est pas continu, il disparaît spontanément au cours du traitement; parfois, le conduit reste sec pendant le jour, et le matin on le trouve rempli par la sécrétion qui a fait issue pendant la nuit. D'après Ferreri, les débâcles purulentes alternant avec des crises de douleurs profondes doivent faire soupçonner un abcès dural. D'ailleurs, la suppression brusque de l'écoulement s'accompagnant de céphalalgie, d'inaptitude intellectuelle, etc., même sans l'apparition de symptômes visibles de mastoïdite, est considérée comme fort suspecte; elle doit toujours éveiller l'attention, à plus forte raison s'il s'y joint quelque autre signe

Digitized by Google

dit de rétention. La persistance de l'écoulement, en dépit du traitement le mieux dirigé, doit faire penser à une lésion beaucoup plus étendue que celle qu'on a pu constater et traiter par l'otoscopie et les moyens ordinaires ; et pour Stacke, la persistance rebelle de l'otorrhée bien établie après plusieurs mois d'observation est une indication formelle.

L'écoulement abondant fait partie du syndrome de la carie du rocher. Il est souvent aussi le signe de l'otite tuberculeuse ou révèle la présence d'un cholestéatome. A lui seul, ce caractère peut, dans quelques circonstances, prendre la valeur d'un signe pathognomonique ; il faut pour cela que l'abondance de la suppuration ne soit pas influencée par le traitement local.

La fétidité peut se révéler en même temps que l'abondance de la suppuration ; mais elle est souvent le seul signe clinique prédominant avec un suintement très minime et même sans sécrétion aucune.

La fétidité n'a d'importance qu'autant qu'elle a résisté aux désinfections les plus soigneuses : elle paraît alors être en rapport avec le caractère gangréneux de l'affection et cette notion prend une valeur considérable. Rist a montré, en effet, que dans les otorrhées fétides on trouvait des anaérobies dont quelques-uns ont une grande virulence et peuvent provoquer, soit par leur action directe, soit par les poisons qu'ils secrètent, la destruction des tissus et leur putréfaction gangréneuse.

L'examen physique ou chimique du liquide peut donner quelques renseignements utiles. C'est ainsi qu'on y peut trouver des séquestres osseux ; d'autre part, lorsque avec une large perforation, excluant l'hypothèse d'une stagnation de pus dans la caisse, l'examen microscopique montre des globules purulents peu colorables et en voie de désagrégation il est légitime de soupçonner la présence de l'épanchement dans les cavités voisines, attique ou antre.

La présence dans le liquide purulent de lamelles nacrées de cholestéatomes a une grande valeur : en effet, le cholestéatome, s'il n'est pas limité à l'attique ou aux premières portions de l'aditus, est à peu près inaccessible au traitement médical. De plus, il est vraisemblable de diagnostiquer un cholestéatome de l'aditus ou de l'antre quand, après curettage de l'attique, le liquide du lavage pratiqué avec la sonde de Hartmann ramène encore des fragments cholestéatomateux. L'indication devient immédiate s'il y a en plus de la fièvre ou des douleurs.

La présence du sang dans l'écoulement, s'il n'existe pas de polypes et si l'on n'a produit aucun traumatisme avec le stylet, indique l'existence de fongosités facilement saignantes ou de carie.

Les microorganismes rencontrés dans le pus sont le bacille tuberculeux, des cocci, des anaérobies. La constatation d'anaérobies stricts dans les sécrétions fétides auriculaires, malgré le traitement, indiquerait l'évolution d'un processus gangréneux. Celui-ci sera rarement limité à la caisse, souvent il aura gagné l'attique et l'on sait que presque toujours alors l'antre sera intéressé à quelque degré.

L'analyse des caractères cliniques de l'écoulement peut donner d'utiles indications ; on se basera surtout sur l'abondance de l'écoulement, sa reproduction rapide malgré le traitement, sa fétidité persistante, sa suppression brusque quand il s'y joint des phénomènes généraux.

b). La *douleur* spontanée ou provoquée par une pression plus ou moins forte au niveau de l'apophyse ou au-dessus du conduit est un symptôme important quand elle survient au cours d'une otorrhée ; souvent même, la douleur localisée est en rapport avec le siège de la lésion.

La douleur persistante semble indiquer que le processus suppuratif a dépassé les limites de la muqueuse et que l'ulcération a atteint les parois osseuses de la caisse.

Cette douleur peut d'ailleurs revêtir différentes modalités : tantôt intermittente, passagère, elle n'oblige pas le malade à cesser ses occupations, mais elle est pénible par sa répétition ; tantôt, elle présente des exacerbations nocturnes, elle est térébrante.

Dans d'autres cas, on observe de la céphalalgie ou mieux de la céphalée gravative à localisations vagues, frontale, pariétale ou temporale. Dans la forme névralgique, avec paroxysmes revenant dans la soirée ou dans la nuit, la douleur est intense, elle empêche tout sommeil.

Lorsque la douleur s'accompagne de vertige, on peut soupçonner un cholestéatome ou une carie labyrinthique. Enfin, il faut se rappeler que souvent la paralysie faciale s'annonce par de violentes crises douloureuses.

En général, l'existence des douleurs persistantes, sans obstacles à l'écoulement dans le conduit ou dans la caisse, est un argument sérieux en faveur d'une lésion osseuse étendue, mais sa présence seule ne permet pas d'affirmer une complication mastoïdienne.

En résumé, les phénomènes douloureux, névralgies, douleurs à localisation mastoïdienne, céphalée, doivent toujours attirer l'attention sur l'existence possible d'une lésion osseuse dont il est difficile de préciser les limites.

c). L'apparition de la *fièvre* et des *symptômes généraux* a une valeur réelle. La fièvre indique un obstacle à l'écoulement du pus, la rétention des produits septiques, leur résorption par les veines du diploé, même en l'absence de lésions sinusiennes

Digitized by Google

appréciables : elle indique encore une complication grave de voisinage vers les méninges, l'encéphale, le sinus, une infection surajoutée, l'évolution aiguë ou subaiguë d'un processus à marche torpide jusqu'alors.

La fièvre coïncide souvent avec des manifestations évidentes, du côté de l'apophyse, de l'antre et des cellules. La température est peu élevée dans ces cas, tandis que lorsqu'elle est symptomatique d'une complication grave, elle est plus intense : l'indication est alors nette et pressante.

La fièvre est souvent accompagnée d'inappétence avec léger état gastrique, mais on peut observer chez les otorrhéïques non fébricitants des troubles de l'état général qui paraissent dépendre de la suppuration auriculaire : pesanteur, fatigue et lenteur intellectuelle, inaptitude au travail, phénomènes digestifs, état nauséeux ; ces cas sont justiciables de l'ouverture large.

a). La *paralysie faciale* apparaît avec une fréquence variable dans le cours des otorrhées. Elle peut être causée par une carie atteignant l'aqueduc de Fallope au point où sa paroi est la plus fragile, au-dessus de la fenêtre ovale, dans la traversée de l'aditus; elle peut coexister avec des lésions destructives du labyrinthe, mais bien plus souvent, elle révèle une ostéite destructive de la partie antérieure de l'apophyse. Que le nerf soit lésé dans l'aditus ou dans son trajet descendant, qu'il s'agisse d'un envahissement du canal par des fongosités ou d'un sequestre comprimant les parois de l'aqueduc, le début de la paralysie est variable ; parfois brusque, sans prodrômes, souvent la paralysie s'établit progressivement, sans souffrances. Comme nous l'avons vu, elle est parfois précédée de douleurs très vives.

La présence de la paralysie faciale est une indication formelle d'ouvrir l'apophyse et les cavités accessoires de la caisse.

e). L'*examen otoscopique* fournira des signes de grande importance; il doit porter sur le conduit, la membrane, la caisse.

Examen du conduit. On peut, au cours d'une otorrhée chronique, constater au niveau du méat, un gonflement qui, parfois, se généralise à la totalité de la périphérie du conduit. Le gonflement, en masse, surtout lorsqu'il est limité à la portion postéro-supérieure du conduit, acquiert une grande valeur, on le désigne sous le nom de *chute de la paroi*. Celle-ci entraîne la sténose du conduit qui est réduit à une fente semi-lunaire, concave en haut ; elle indique une lésion de l'antre et de l'aditus.

Si le pus se collecte et s'évacue à ce niveau avant l'apparition d'accidents graves, il reste une fistule qui mène dans l'antre ou l'aditus. Il est logique de ne pas attendre la fistulisation spontanée et d'intervenir par la face externe.

Mais la chute de la paroi n'est pas très fréquente et des accidents graves peuvent survenir avant son apparition; de plus, quand elle existe, elle est souvent accompagnée de signes mastoïdiens ou généraux qui entraînent la conviction.

La fistule est aussi pathognomonique que la chute de la paroi : elle indique une suppuration profonde mal évacuée et s'éternisant.

Il suffit de l'un quelconque de ces caractères bien nettement constaté, à plus forte raison s'ils se combinent, pour établir avec bien peu de chances d'erreur le diagnostic d'une suppuration antrale.

Mais celle-ci ne peut-elle guérir que par l'ouverture mastoïdienne? Dans le cas de fistule, il n'y a pas de doute.

Examen de la membrane. Celle-ci peut être intacte ou perforée; on peut, en effet, observer des mastoïdites, sans perforation tympanique, soit que le pus s'évacue par une fistule bien petite, en avant de la membrane, soit que l'on se trouve en présence d'une ostéomyélite chronique et primitivement chronique du temporal qui peut se développer dans l'apophyse comme dans tout tout autre point du système osseux.

La perforation peut-elle renseigner sur l'existence de lésions mastoïdiennes? Son siège est très variable, en bas le plus souvent, en avant, en arrière, en haut, (perforation de Shrapnell). Elle présente, également, de grandes variétés de formes et de dimensions; ses bords sont libres ou ulcérés. Un seul caractère est à retenir : son siège, en effet, la perforation de Shrapnell indique une lésion de l'attique et des osselets, avec ou sans participation de l'antre.

Néanmoins, malgré une minutieuse analyse des symptômes, on ne peut attribuer au siège des perforations plus de valeur sémeiologique qu'il n'en saurait avoir. On ne peut accorder une importance absolue à la perforation shrapnellienne, elle est symptomatique d'une lésion de l'attique et comme telle laisse présumer celle de l'antre, mais *a priori*, on ne peut affirmer que celle-ci existe forcément et surtout qu'elle ne guérira pas par le traitement conservateur.

Souvent, dans l'otite purulente chronique, on observe des polypes et des granulations polypeuses, mais leur constatation ne permet pas d'affirmer une lésion des cavités accessoires inaccessible au traitement par le conduit; mais lorsque, dans une caisse libre, les fongosités siégeant en haut et en arrière, se reproduisent rapidement, malgré curettages et cautérisations, on pourra presque à coup sûr faire le diagnostic de suppuration attico-antrale; l'indication opératoire en découlera.

Examen de la caisse. Possible grâce à une perfora-

Digitized by Google

tion de la membrane, il pourra renseigner sur l'état de la muqueuse ; l'exploration au moyen du stylet de l'antre et de l'aditus pourra donner la sensation d'os dénudé.

En résumé, à part la fistule ou la destruction postéro-supérieure, la sténose du conduit et sa chute, la présence de fongosités en haut et en arrière, ré cidivant après curettage, les signes tirés de l'examen otoscopique n'ont pas une valeur absolue pris isolément. Ils peuvent se corroborer en se combinant. Le diagnostic d'une ostéite ancienne de l'attique fera soupçonner une lésion antrale, mais les deux peuvent guérir, aussi dans le doute devra-t-on essayer les effets du traitement conservateur.

Celui-ci comprend : les désinfections, l'usage des agents modificateurs, l'agrandissement d'une perforation, la libération de ses bords adhérents, l'ablation des polypes, l'extraction des osselets ou de leurs débris, les curettages limités.

La durée de ce traitement est difficile à fixer; cependant, lorsqu'au bout de quelques semaines on observe des douleurs persistantes, des troubles de l'état général, même en l'absance de signes mastoïdiens, il est indiqué d'ouvrir la mastoïde, l'opération ne dût-elle être qu'exploratrice et destinée à prévenir l'apparition de complications sérieuses.

En l'absence de fièvre et de douleurs, le traitement par le conduit sera prolongé pendant plusieurs mois mais au bout de ce temps si l'on n'observe aucune amélioration, on doit ouvrir l'antre et les cellules.

Tous les signes précédemment examinés n'ont d'importance que s'ils sont soumis à une critique sévère qui permettra d'attribuer à chacun d'eux la valeur séméiologique qu'il convient de lui accorder.

D'après Lombard, trois d'entre eux entraînent une indication presque absolue et immédiate ; ce sont : la paralysie faciale, la fistule du conduit, la chute de la paroi postéro-supérieure du conduit. D'autres ne donnent que des indications relatives ; tels, l'écoulement abondant, persistant, fétide, contenant des masses cholestéatomateuses, des sequestres, s'accompagnant de signes généraux ; tels encore les douleurs persistantes, les troubles généraux, la reproduction des fongosités dans la caisse, surtout en haut et en arrière. La valeur de ces symptômes est d'autant plus grande qu'ils sont associés; leur réunion entraîne souvent la certitude.

On ne saurait donc trop s'attacher à rechercher minutieusement tous ces signes car de la plus ou moins grande précision du diagnostic dérivent des indications opératoires plus ou moins précises. — J. H. M.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Traitement de la périmétrite (1).

Frictions sur les lombes avec :

Chloroforme	10 grammes
Ether	15 —
Alcool camphré	90 —

et sur l'abdomen avec :

Extrait de digitale	4 grammes
Alcool	Q. S.
Axonge	40 grammes

Appliquer sur le col un tampon de coton imbibé de :

Extrait de digitale	1 gramme
Glycérolé d'amidon	30 —

Faire disparaître les exsudats périmétriques à l'aide d'injections de sérum artificiel ainsi composé :

Acide phénique neigeux	1 gramme
Chlorure de sodium	2 —
Phosphate de soude	4 —
Sulfate de soude	8 —
Eau distillée	100 —

Ces injections sont faites à la dose de 5, 20, 40 et même 100 grammes dans les cas rebelles.

Elles agissent en élevant la tension artérielle constamment abaissée chez les malades, en faisant disparaître l'anémie symptomatique, en réveillant la vitalité.

Peut-être l'acide phénique, qui entre à dose relativement élevée dans la composition de ce sérum, serait-il pour beaucoup dans ces résultats. Cependant les solutions complexes de sel de soude, à dose égale, donnent de meilleurs résultats que les solutions simplement phéniquées ou chlorurées sodiques.

Préparations de menthol (1). — Vinaigre de menthol : 3 p. menthol, 97 p. vinaigre. En gargarisme.

Gouttes dentifrices au menthol : menthol, 8 p., chloroforme, 8 p., alcool à 95°, 84 p.

Sur de l'ouate.

Gouttes anti-cholériques au menthol : menthol, 6 p., teinture de gingembre, 8 p., teinture d'opium, 10 p., éther-alcool, 76 p.; 10-15 gouttes, toutes les 1/2 heures.

Glace au menthol : blanc de baleine, 10 p., fondre avec 10 p. huile de paraffine et ajouter 10 p. de menthol. Pour enduire le nez.

Huile de menthol : on dissout 16 p. menthol dans 84 p. d'huile d'olive au B. M.

Mentholine : on dissout 10 p. menthol dans 78 p. alcool à 95°, puis on ajoute 12 p. ammoniaque concentrée. Pour respirer par le nez.

Poudre à priser au menthol : Mélange de 15 p. menthol, 30 p., acide borique pulv. et 55. p. chlorhydrate d'ammoniaque.

Menthol-chloral : on fond à 30° parties égales de menthol et d'hydrate de chloral; on emploie le liquide huileux contre les douleurs des dents et de la face.

Onguent de menthol : on fond ensemble 5 p. huile de paraffine et 85 p. lanoline, puis on ajoute 10 p. menthol. En frictions sur le front contre la migraine.

(1) Nouv. remèdes (J. Chéron).
(1) *Journ. de Pharm. de Liège.*

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

MÉDECINE MILITAIRE

Le président de la section de médecine militaire au Congrès de médecine de 1900. — L'année de 1900 comptera pour la France parmi les plus importantes du siècle nouveau ou passé. La grande fête du Travail que notre pays offre à l'Europe, à l'Univers entier, attirera chez nous des étrangers de toutes les classes de la société, de tous les mondes. Il nous appartient de réformer le jugement que beaucoup ont porté sur nous, de faire naître dans l'esprit de ceux qui ne nous connaissent pas encore des idées plus justes que les régnantes sur notre esprit, sur notre valeur ; il nous faut montrer aux peuples visiteurs que nous ne valons pas seulement par les « rues du Caire » et les cafés-concerts, que les Français ne sont pas seulement « rigolos » comme disent les vainqueurs des Boërs.

Tous les participants à l'Exposition universelle, dans toutes les branches des sciences, des arts, de l'industrie semblent avoir compris la grandeur de la tâche qui leur est imposée et l'effort surhumain actuellement en voie d'évolution montre que la France veut prouver qu'elle est encore une reine des nations, et que si ses canons ont pu la trahir une fois, elle n'en reste pas moins à la hauteur de sa prestigieuse réputation d'avant 1870.

Le Congrès de médecine qui aura lieu prochainement aura un nombre énorme d'adhérents, les savants de tous pays viendront à ce Congrès, les uns, poussés par le seul désir de voir nos institutions médicales et nos savants ; les autres, peut-être les plus nombreux, profiteront de leur visite à l'Exposition et feront coïncider leur voyage avec la date du Congrès ; mais tous nous jugeront à l'œuvre.

Aussi les créateurs de ce Congrès l'ont-ils organisé avec un soin jaloux et comme simples secrétaires des sections nous voyons les noms des hommes les plus éminents de nos Facultés ; Rendu en pathologie interne, Marie en névrologie, Létulle en anatomie pathologique, Charrin en pathologie expérimentale, Broca, Lermoyez, Thibierge, etc., etc.

Voyons ce que nous trouvons dans la section de médecine militaire. Le président est l'inspecteur général M. Dujardin-Beaumetz, parent du regretté thérapeute de Cochin, le secrétaire est M. Catteau, médecin principal, attaché depuis de longues années au ministère de la guerre.

Loin de nous la pensée de dénigrer l'un ou l'autre de ces confrères militaires. M. Dujardin-Beaumetz a, paraît-il, affirment ses admirateurs, des qualités d'organisateur, d'administrateur, peut-être un peu latentes, car il serait assez difficile d'en montrer des preuves à moins qu'on ne considère la suppression de l'hôpital du Gros-Caillou comme une de ces preuves. Mais, un congrès de médecine est-il un congrès d'administration ? Allons nous faire croire aux médecins allemands, anglais, autrichiens, espagnols, japonais, que nous ne pouvons leur montrer qu'un administrateur ? Allons-nous leur avouer que le chef suprême du service de santé militaire français n'a jamais fait un travail scientifique, jamais produit un mémoire, jamais obtenu un prix d'une société savante quelconque ?

Allons-nous laisser partir nos confrères militaires avec la conviction qu'il suffit de quelques campagnes à Alger ou au Tonkin pour arriver à ce poste envié, honoré, honorable de représentant officiel de la médecine militaire d'un pays comme la France ? Allons-nous renouveler ce qui s'est passé au congrès de Moscou, où les communications de la médecine militaire ont été si pauvres, où pour tout régal scientifique nous avons fourni un discours lu à voix étouffée par M. Dujardin-Beaumetz ?

Non, cela ne peut être, cela ne sera pas. Si parmi les médecins militaires, nous n'avions pas de savants à mettre à la tête de la section de médecine militaire, nous consentirions encore à y placer le plus haut gradé, le plus galonné, chamarré, décoré, mais il ne s'agit pas ici d'effet de dolman, de culotte, d'éperon ou de croix du Dragon d'Annam ou autre, il nous faut prouver que, comme en toutes les autres branches de la médecine, la section de médecine militaire a des hommes de haute valeur. M. Kelsch, directeur du Val-de-Grâce, ancien directeur de l'Ecole de Lyon, membre de l'Académie, auteur de tant et de tant de travaux n'aurait il pas été là bien en place ? Si l'on voulait un chirurgien, n'avons nous pas Delorme, membre de l'Académie, qui n'est pas inspecteur parce que la science doit suivre la voie hiérarchique ?

Mais si l'on invoque cette hiérarchie pour refuser de mettre à la tête de la section de médecine militaire un membre actif du corps de santé, de grade inférieur à l'inspecteur général, il serait encore plus simple d'y placer un médecin militaire inspecteur retraité ; et là nous avons une pléiade les Colin, les Vallin, les Laveran, etc. Et ne serait-ce point une juste compensation à ce dernier, qu'une vilénie, honteuse pour le corps qui l'a commise, a fait quitter la médecine militaire à l'âge de 50 ans, ne serait-ce pas, dis-je, une juste réparation à lui donner, si tous les savants,

Digitized by Google

si tous les académiciens, si tous les professeurs, signaient une pétition au ministre de la guerre, au Président de la République au besoin, pour nommer président de la section de médecine militaire, M. Laveran, ancien professeur du Val-de-Grâce, membre de l'Académie, membre correspondant de l'Institut, auteur de l'immortelle découverte du parasite de la malaria.

Ne serait ce point là une belle et juste leçon à donner aux jeunes générations en leur montrant que tôt ou tard, par un juste retour, le mérite est récompensé et que celui qu'on a pour ainsi dire expulsé de la médecine militaire la représente auprès des médecins militaires de l'étranger en ce jour solennel.

Et vous, Monsieur Dujardin-Beaumetz, pour qui a tout fait la médecine militaire, ayez un beau mouvement. Vous aimez certes la gloire et surtout ses oripeaux, il vous en coûtera surtout de sacrifier vos discours et vos représentations de la section de médecine militaire, mais faites ce sacrifice pour un corps qui vous a si largement récompensé.

Dans moins d'un an, alors que finira à peine cette exposition, le 10 décembre, il vous faudra quitter votre trône du ministère, vos dragonnes à étoiles, vos écharpes, vous ne serez plus rien alors, rien, rien, vous n'aurez pas comme les Colin, les Vallin, les Laveran, la douce et suprême consolation de travailler, vous ne pourrez vous réfugier dans le sein de l'Académie ou des Sociétés savantes, vos fidèles eux-mêmes vous auront vite délaissé. Eh bien, dans votre retraite, emportez au moins le souvenir de cette bonne action, nul n'oubliera ce sacrifice, chacun se souviendra qu'une fois au moins vous avez sacrifié vos intérêts à ceux du corps de santé; vos pires ennemis, et vous savez qu'ils sont nombreux, car vous les avez créés vous-même avec un acharnement qui ne pouvait provenir que de votre croyance à votre étoile et à votre éternité; vos pires ennemis, dis-je, se sentiront pris d'attendrissement devant cet holocauste qui vous coûtera et vous honorera et leur juste colère, leur haine sainte s'arrêteront, et votre retraite ne sera pas troublée par leurs imprécations ou leurs malédictions.

Allons, Monsieur Dujardin, vous qui, à plusieurs reprises, au sein du comité de classement en frappant violemment sur la table vous êtes vanté de n'avoir jamais publié un mémoire, de n'avoir aucun titre scientifique, rappelez-vous cette parole qui vous servait à pousser des médecins, *ejusdem farinæ*, et dites-vous que ce qui était très joli alors, serait déplorable au point de vue officiel.

Allons, Monsieur Dujardin-Beaumetz, passez la présidence à M. Laveran, que vous n'avez peut être pas assez retenu dans le corps de santé, vous montrerez ainsi que, à la veille de quitter la médecine militaire et de rentrer dans le sombre oubli de la retraite, vous avez eu une bonne pensée, commis une bonne action. — Jean-Jacques.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement du rachitisme. — Le rachitisme consiste en un trouble nutritif grave et général, la thérapeutique devra donc avoir pour but de combattre l'état d'hyponutrition. Il est possible d'éviter les accidents rachitiques par certains moyens prophylactiques faciles à mettre en pratique, et dont le plus important est l'allaitement bien dirigé. Allaitement naturel autant que possible, sinon allaitement artificiel avec du lait stérilisé. Les tétées seront régulièrement espacées. Aucun aliment solide avant un an. Le défaut ou l'insuffisance des agents physiques met tant l'organisme en état de moindre résistance, favorise l'apparition du rachitisme, aussi le Dr Guimbail, dans un très intéressant travail *(La Thérap. Nouv. par les Agents physiq. et naturels)*, fait-il jouer aux agents physiques un rôle important dans la prophylaxie du rachitisme. L'enfant fera un séjour prolongé à la campagne ou mieux au bord de la mer; on lui donnera des bains généraux d'eau de mer, qui, joints à la vie en pleine lumière, porteront l'excitation physique à son maximum.

Le traitement médicamenteux sera toujours un utile adjuvant; on a vanté de nombreux médicaments qui tous ont donné quelques bons résultats. Le phosphore est un des plus employés, et pour Kassowitz l'huile phosphorée n'aurait pas d'équivalent dans le traitement du rachitisme; on l'administre à la dose d'une cuillerée à café par jour au-dessous d'un an, deux cuillerées à café à quinze mois, trois cuillerées à café à deux ans.

Le posphate de chaux sous différentes formes est aussi employé avec succès.

L'huile de foie de morue agit à la fois comme aliment et comme agent de stimulation, en qualité de corps gras combiné à l'iode, au phosphore. Si elle n'est pas tolérée on peut la remplacer par la glycérine iodée ou le beurre frais combiné à l'iodure de potassium, au chlorure de sodium, au phospore.

Le chlorhydrate d'ammoniaque, à la dose de 0,20 à 0,40 centigr. par jour, donnerait également de bons résultats.

Mais le traitement médicamenteux est insuffisant dans la cure du rachitisme il est nécessaire d'y joindre, comme le recommande le Dr Guimbail, l'excitation physique sous ses différentes formes, chaleur, lumière, électricité, mouvement, climat, traitement salin, mais seulement chez les rachitiques ne présentant pas de déformations excessives et irrémédiables.

La chaleur sera administrée de façons multiples,

Digitized by Google

douche, bain de chaleur sèche, de sable chaud, bain salin chaud, etc. Le port habituel jour et nuit de flanelle, mettra l'enfant à l'abri du refroidissement.

La lumière est tout aussi utile, sous forme d'exposition au soleil ou de bain de lumière.

L'électricité sous forme de bains hydro-électriques employée d'abord par Sagretti, puis par Larat et Gautier, amène une amélioration notable. Guimbail recommande de commencer par un bain d'une intensité faible afin d'habituer l'enfant, puis d'augmenter progressivement. La durée du traitement est d'ailleurs très variable, et les bains devront parfois être prolongés pendant plusieurs mois à raison d'un bain tous les deux jours.

L'exercice méthodique consistant en mouvements gymnastiques actifs et passifs stimule la nutrition générale et favorise la circulation locale au niveau des jointures. Le massage est très utile chez les enfants trop jeunes pour être soumis aux exercices ; de même les frictions au gant de crin imbibé du liniment suivant :

Essence de térébenthine.....	20 grammes
Alcool camphré.....	50 —
Alcoolat de lavande.....	10 —
Eau de Cologne.....	20 —

Il faudra éviter les contrées humides et froides et rechercher soit les hauts plateaux, soit les pays ensoleillés; le malade devra vivre étendu ou debout suivant son âge et l'âge de la maladie, dehors, en plein air, en plein soleil. Le climat maritime est en général très favorable aux rachitiques ; il en est cependant quelques-uns qui ne le supportent pas et auxquels on prescrira la vie à la campagne.

Le traitement salin employé depuis longtemps est très efficace. Le procédé de la compresse consiste à tremper une serviette dans de l'eau salée, saturée à chaud et portée à 50°; on enveloppe l'enfant et on recouvre la serviette d'une toile imperméable et d'une bande de flanelle ; le tout est laissé jusqu'à refroidissement.

L'enveloppement se pratique de la même manière avec un peignoir trempé dans l'eau salée.

Le bain composé d'eau salée à raison de 10 gr, par litre d'eau, ou de sels extraits des eaux thermales, ou encore d'eau de mer a des effets remarquables. On le donnera court et chaud, mais on le répétera deux fois par jour. Le bain de mer au moment des grandes chaleurs sera donné très court ; on ne devra pas le prescrire aux enfants qui se réchauffent lentement après la sortie de l'eau. Le traitement salin, dans les établissements maritimes, donnerait, d'après Leroux, 65 0/0 de guérisons.

Quant aux déformations tardives du rachitisme elles sont justiciables d'un traitement chirurgical et orthopédique que nous n'avons pas à envisager.

CLINIQUE MÉDICALE

L'oxalurie physiologique et pathologique. — La question de l'oxalurie, de son origine, de ses conséquences, a été traitée récemment dans son ensemble par M. A. Lecœur (*Thèse* 1900).

Les examens cliniques de Abeles, Fürbringer, Lecœur, etc., établissent l'existence d'une oxalurie physiologique. A l'état normal, l'urine contient de l'oxalate de chaux en petite quantité. Cette substance se révèle soit par l'examen microscopique qui décèle dans le sédiment urinaire des cristaux d'oxalate de chaux, soit par l'analyse chimique qualitative ou quantitative ; ce dernier procédé est le seul exact.

Beaucoup de théories ont été émises pour expliquer la production de l'oxalurie physiologique. La première fait dériver l'acide oxalique de l'organisme, de l'acide oxalique et des oxalates introduits en nature dans l'alimentation; mais l'ingestion de l'acide oxalique n'est pas nécessaire pour expliquer l'oxalurie ; cet acide peut se former dans l'organisme.

2° La seconde fait naître l'acide oxalique de la réduction des carbonates alcalins dans l'organisme. Mais l'ingestion des carbonates alcalins produit des effets différents suivant la dose employée : les faibles doses ou doses thérapeutiques amènent une diminution de l'oxalurie, les hautes doses, au contraire, semblent provoquer une hyperoxalurie.

3° Pour d'autres auteurs, l'acide oxalique provient de la combustion des aliments hydro-carbonés, amylacés et sucrés et des graines neutres. Mais les expériences de Hills ont montré que ces substances n'étaient pour rien ou pour presque rien dans la genèse de l'acide oxalique de l'organisme.

4° Des expériences de laboratoire prouvent que l'acide oxalique peut résulter de l'oxydation de l'albumine et de nombreux corps azotés que l'on rencontre dans l'organisme, tels que l'acide urique, la créatine, la créatinine, l'allantoïne, l'allantoïdine.

Les mêmes réactions se reproduisent-elles dans l'économie ? Lommel, Lecœur ne pensent pas que la production d'acide oxalique soit en rapport direct avec la décomposition de l'albumine. L'ingestion d'acide urique en nature n'a pas d'influence sur la quantité d'acide oxalique excrété ; en effet, l'acide urique s'oxyde dans l'organisme et se transforme en urée, eau et acide carbonique ; Ebstein et Nicolaïer administrèrent à un chien pendant 3 mois 1/2, 5 à 10 grammes d'acide urique par jour, soit un total de 1290 grammes, sans produire aucun calcul d'urate ou d'oxalate, aucune modification du rein ni de la vessie. Cependant il y a un certain rapport entre l'excrétion d'acide urique et d'acide oxalique.

L'ingestion de certaines substances augmente l'excrétion de l'acide urique et de l'acide oxalique. Les

Digitized by Google

expériences de Luthje, de Lommel, de Lecœur, montrent que l'ingestion de nucléines ou de substances riches en nucléines, comme le ris de veau, et que l'ingestion de gélatine augmente la production d'acide urique et d'acide oxalique.

La dyspnée et la fièvre n'ont aucune influence sur l'excrétion de l'acide oxalique. Enfin les hypothèses qui font dériver cet acide de la créatine, de l'allantoïne, de l'oxamide, n'ont subi aucune vérification.

En somme, si les albuminoïdes sont capables, comme le prouve le laboratoire, de donner naissance à l'acide oxalique en se décomposant, la série des intermédiaires qui se produisent dans l'économie nous échappent complètement.

La destinée de l'acide oxalique dans l'organisme varie avec la forme chimique sous laquelle il est absorbé. L'acide oxalique est en majeure partie brûlé dans l'économie; néanmoins, à haute dose, il peut provoquer l'hyperoxalurie.

Les oxalates solubles seuls sont absorbés; ils se comportent alors comme l'acide oxalique.

Les oxalates insolubles et, en particulier, l'oxalate de chaux, ne sont pas absorbés et sont par suite éliminés en nature par les matières fécales.

Les substances alimentaires les plus riches en acide oxalique comme le thé, le cacao, l'oseille, les épinards, la rhubarbe, renferment trop peu d'acide oxalique libre et d'oxalates solubles pour pouvoir exercer une influence sensible sur l'oxalurie.

Il en est de même des substances médicamenteuses oxalifères, qu'il n'y a pas lieu de prescrire, même chez les individus atteints d'hyperoxalurie.

Le taux de l'acide oxalique dans l'oxalurie physiologique est extrêmement variable. La moindre perturbation dans la nutrition amène un accroissement subit et notable de l'acide oxalique excrété. Toutefois, à l'état normal l'acide oxalique ne dépasse pas 8 à 10 milligrammes.

L'hyperoxalurie, que Bird, Begbie, Primavera, Cantani ont considéré comme une diathèse spéciale, une entité pathologique avec son étiologie, ses symptômes, son évolution n'est en réalité qu'un symptôme qui vient compléter le tableau clinique de diverses affections comme la goutte, la gravelle, la dilatation d'estomac, la neurasthénie, et qui rentre dans le cadre des affections neuro-arthritiques.

Elle présente des rapports avec le diabète; apparaît au cours des diverses complications, et est peut-être, dans certains cas, provoqué par le régime antidiabétique.

Elle est souvent accompagnée de symptômes uriraires; courbature lombaire, douleur rénale, douleur sur le trajet des uretères, miction plus ou moins cuisante, picotements du glang, douleurs inguinales et testiculaires. Assez souvent elle est compliquée d'hématurie.

Les observations de Kish et de Lecœur montrent aussi que les obèses sont quelquefois hyperoxaluriques. D'une façon générale les diverses manifestations de l'arthritisme s'accompagnent volontiers d'hyperoxalurie.

La neurasthénie présente aussi des rapports avec l'oxalurie : souvent il, y a alternance de neurasthénie et de crises d'hyperoxalurie; peut-être l'oxalurie est elle due dans ce cas à l'insuffisance des combustions organiques coïncidant avec un abus du régime carné.

L'alcoolisme, le saturnisme, provoquent aussi l'hyperoxalurie; il semble que dans ces intoxications l'oxalurie relève de troubles dyspeptiques. En résumé, beaucoup d'affections diverses, mais particulièrement celles qui relèvent de l'arthritisme ou qui s'accompagnent de troubles dyspeptiques sont susceptibles de provoquer l'oxalurie.

Mais, dans certaines formes de lithiase rénale, l'oxalurie atteint un degré beaucoup élevé ; il y a des calculs composés en majeure partie d'oxalate de chaux. L'inflammation catarrhale des voies urinaires, la présence de corps étrangers même aseptiques, mais irréguliers, favorisent la formation des calculs d'oxalate de chaux. Ebstein, et Nicolaïer, Tuffier sont parvenus à reproduire des calculs oxaligènes en faisant ingérer à des animaux 4 à 5 grammes d'oxamide par jour pendant plusieurs mois; mais ils ont échoué avec l'ingestion d'oxalates.

Dans la lithiase, l'hyperoxalurie se traduit par la production de sable d'oxalate de chaux, de graviers oxaliques, ou de calculs mûraux d'oxalate de chaux. — E. L. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur la guérison de la myopie sans opération. — M. Panas. Depuis quelques années, on a multiplié les interventions opératoires dans la myopie forte de plus de 13 dioptries, avec des résultats variables, dont un certain nombre franchement mauvais, pour ne citer que ceux qui se sont terminés par un décollement de la rétine.

On comprend dès lors combien il serait préférable de pouvoir obtenir l'arrêt du processus myopique par des moyens autres que les interventions opératoires, et qui ne risquent pas de compromettre la vision existante.

Déjà, on a essayé le massage du globe oculaire, et, malgré les quelques succès qu'on lui attribue, la méthode demande à faire ses preuves sur une plus large échelle.

L'observation très intéressante, communiquée à l'Aca-

Digitized by Google

démie par M. Bettremieux, de Roubaix, est très importante à ce sujet. Il s'agissait d'un enfant de 14 ans, dont la myopie de 2 dioptries à 9 ans, devint au moment où il fut examiné par M. Bettremieux, de 5 dioptries à l'œil droit et de 4 à l'œil gauche. Se fiant sur les bons effets qu'il avait constatés déjà dans le traitement de la myopie par les instillations répétées de collyre à la pilocarpine, jointes à l'application d'un bandage ouaté compressif pendant la nuit, M. Bettremieux soumit son malade à ce mode de traitement pendant cinq mois. Au bout de ce temps, la myopie avait diminué, ne mesurant plus que 3 dioptries 50 à droite et 2,75 à gauche, ce qu'il explique par le raccourcissement de l'axe antéro-postérieur du globe oculaire, sous l'influence de la compression et du collyre myopique, opinion parfaitement acceptable.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Kystes hydatiques multiloculaires (alvéolaires) de la plèvre et du poumon droits. — M. Louis Rénon relate l'observation complète d'un malade, premier cas en France d'échinocoque alvéolaire, qui représentait trois masses kystiques alvéolaires, une pulmonaire droite rompue dans la grande cavité pleurale, et deux pleurales, sur la plèvre médiastine et sur la plèvre diaphragmatique droite, faisant saillie dans le péricarde et dans le péritoine.

Le diagnostic de tels kystes est impossible pendant la vie, car il faudrait avoir sous les yeux ou sous les doigts les tumeurs alvéolaires dures et cartilagineuses : ce sont d'ailleurs des cas d'une exceptionnelle rareté.

Dans ce fait intéressant, il est probable que le premier kyste s'est développé dans le poumon et s'est ouvert ensuite dans la plèvre droite ; l'ensemencement de la séreuse s'est effectué à ce moment, et deux nouveaux foyers hydatiques ont commencé leur évolution, l'un dans la plèvre diaghragmatique, l'autre dans la plèvre médiastine. Cette hypothèse est d'autant plus plausible qu'elle coïncide bien avec l'évolution clinique, que les kystes étaient fertiles, et que les expériences d'Alexinsky nous ont montré depuis deux ans l'importance de la greffe directe des hydatides dans la production de l'échinocoque multiloculaire.

Le traitement chirurgical paraît impuissant dans des cas semblables : avec les ouvertures même les plus larges, une masse alvéolaire peut échapper à l'observation, et les kystes continueront leurs évolution jusqu'à la rupture avec nouvel ensemencement. Si toutes les masses sont reconnues, des résections importantes et graves, souvent impossibles (celles de la plèvre diaphragmatique et de la plèvre médiastine, d'une partie du diaphragme et du péricarde dans ce cas), s'imposeraient pour mettre un terme aux accidents.

Des angiocholites anictériques. — MM. Gilbert et P. Lereboullet rapportent deux faits d'angiocholite infectieuse subaiguë ayant pour trait commun l'absence d'ictère pendant la plus grande partie de leur évolution, réserve faite d'un ictère initial. Dans l'un, il s'agissait d'une angiocholite infectieuse ascendante spontanée, dont le début, complètement indolore, remontait à plus d'un an, et s'était manifesté par un ictère léger à allures d'ictère catarrhal ; ce n'est qu'au bout de cinq mois que sont apparus les accidents douloureux, d'ailleurs passagers, pouvant faire penser à la lithiase ; puis survinrent des accès intenses de fièvre intermittente hépatique, s'accompagnant d'une hypertrophie hépatique notable, mais sans traces d'ictère ; on nota alors une hypertrophie notable de la rate, consécutive à l'angiocholite ; celle-ci se compliqua en outre d'une albuminurie massive. Il n'y eut pendant plus de six mois ni ictère cutané, ni cholémie, ni cholurie appréciable. Le sulfate de quinine paraît avoir eu à ce moment une action remarquable sur les accès fébriles, mais cette action ne s'est pas maintenue. En revanche, l'opération préparée par M. Michaux (qui a vérifié le diagnostic d'angiocholite infectieuse avec lithiase légère), en drainant en permanence la vésicule infectée a transformé la chasse biliaire physiologique en chasse biliaire permanente et paraît avoir eu une influence heureuse sur la fièvre, l'état général, la néphrite, le volume de la rate et celui du foie ; l'agent pathogène de cette infection biliaire était le colibacile, retrouvé dans la bile et dans les urines.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'une angiocholite infectieuse ascendante subaiguë, ayant aussi débuté par un ictère, à allures d'ictère catarrhal, qui disparut complètement alors que l'hypertrophie du foie persistait avec fièvre peu élevée, à type inverse (à maximum du matin), sans hypertrophie de la rate et prurit très prononcé malgré l'absence d'ictère. Ce fait se rapproche des cas d'ictère catarrhal prolongé de Dieulafoy, mais l'ictère y a rapidement disparu, tandis que subsistaient les autres symptômes. Il y a, dans ce cas, tendance spontanée à la rétrocession.

Non seulement, donc, l'angiocholite infectieuse suppurative, secondaire aux affections des voies biliaire et terminale, peut évoluer sans ictère, mais il peut exister des angiocholites infectieuses subaiguës anictériques, sauf à leur début, et qui peuvent être assez intenses pour nécessiter une intervention chirurgicale.

De la néphrite biliaire. — MM. Gilbert et P. Lereboullet insistent sur la possibilité de néphrites biliaires dues à l'angiocholite infectieuse ascendante, avec ou sans ictère. Dans un de leurs cas, il s'agissait d'angiocholite infectieuse anictérique avec fièvre intermittente hépatique et hypertrophie splénique qui s'est accompagnée d'albuminurie massive (plus de 20 grammes par vingt-quatre heures) sans hydropisie ni troubles urémiques notables. L'intervention opératoire a permis de constater un gros rein et a amené, en établissant une fistule biliaire permanente, une rétrocession marquée de l'albuminurie, qui est retombée à un gramme par litre environ. Dans un second cas, les symptômes d'insuffisance rénale paraissent avoir

Digitized by Google

précédé légèrement les symptômes hépatiques, mais l'intervention opératoire pratiquée par M. Michaux a révélé une cholécystite calculeuse très ancienne et antérieure certainement à la détermination rénale. Il y a donc lieu, à côté de l'albuminurie due à l'ictère, de décrire une albuminurie par néphrite biliaire due à l'angiocholite et susceptible d'être améliorée par un traitement dirigé contre l'infection hépatique causale.

Tuberculose caséeuse des capsules surrénales sans mélanodermie, terminée par la mort subite — M. Achard. Une jeune fille de dix-huit ans éprouvait depuis quatre ans une grande faiblesse, accompagnée de céphalalgie, de palpitations et d'attaques avec perte de connaissance, attribuées à l'hystérie. Depuis un mois, la faiblesse avait augmenté à la suite d une sorte de paralysie subite et transitoire des quatre membres. Elle présentait une asthénie profonde, une démarche titubante ; elle avait des douleurs à caractère fulgurant dans les jambes, et depuis quelques jours des douleurs épigastriques avec des vomissements bilieux.

J'éliminai le diagnostic d'hystérie porté antérieurement au dire de la malade, en raison de l'absence de tout stigmate. Je songeai à la possibilité d'une polynévrite ou d'une lésion cérébelleuse, mais je ne posai pas de diagnostic ferme, me réservant de compléter l'examen.

Or, dans la nuit même, la malade mourut subitement. L'autopsie révéla une transformation caséeuse complète des deux capsules surrénales, sans aucune autre lésion tuberculeuse que de petits foyers caséo-calcaires dans les ganglions bronchiques. Les nerfs périphériques et les centres nerveux ne présentaient pas d'altération.

Il s'agissait donc d'insuffisance capsulaire sans mélanodermie, ayant privé l'organisme de toute résistance, en sorte qu'une cause légère, peut-être les troubles digestifs survenus depuis quelques jours, avait pu provoquer une syncope mortelle.

Calculs intestinaux dus à l'ingestion de magnésie calcinée. — M. Halipré (de Rouen). — Mme X..., âgée de vingt ans, pour vaincre une constipation tenace, survenue au cours d'une première grossesse, absorba, en l'espace de quatre mois, un flacon de 50 grammes de magnésie calcinée.

Quelques jours après l'accouchement un léger purgatif salin fut administré et provoqua, sans douleurs, une évacuation abondante. C'est en vidant le bassin que la garde-malade, ayant entendu un bruit analogue à celui que produit la chute de petits cailloux, recueillit six calculs de dimensions variables et irrégulièrement arrondis. Plusieurs lavements et un second purgatif administrés les jours suivants amenèrent, en quatre ou cinq fois, le rejet d'une vingtaine de calculs semblables. Ces calculs, de formes irrégulières, sans facettes rappelant les calculs biliaires, sont friables et se laissent facilement sectionner.

La surface de section apparait grenue, blanchâtre, entourée d'un petit liseré brunâtre qui correspond à la couleur du calcul imprégné à sa surface par les matières fécales. Le poids des calculs varie de 0 gr. 35 à 0 gr. 80. Aucune trace de sable n'existait dans les selles et n'y a jamais été constatée. Ajoutons, au point de vue clinique, que cette jeune femme jouit d'une excellente santé, et n'a jamais été malade. Mariée depuis un an et appartenant à un milieu social dans lequel les enfants sont très surveillés, on peut tenir compte des affirmations très catégoriques de la mère à ce sujet.

L'analyse complète de l'un des calculs a été fait par M. Gascard, professeur à l Ecole de médecine de Rouen. En voici le résultat :

Poids du calculs examiné.....	0 gr. 478
Densité	1,6

La poudre de ce calcul cède à l'eau de magnésie libre, elle ne cède rien à l'éther.

L'acide chlorhydrique dissout la poudre en laissant un très petit résidu, brun, léger, floconneux.

Le calcul ne renferme pas de trace de phosphates.

Composition du calcul :

Eau.	9,25
Magnésie	9,27
Carbonate de magnésium	78,20
Calcium (supposé à l'état de carbonate)	1
Principes solubles (moins MgO).....	0,94
Pertes, matières organiques insolubles.	1,34
	100

M. Gascard fait observer que l'absence de phosphate, la petite quantité de calcium, la présence de magnésie libre semblent permettre d'affirmer que le calcul s'est formé par l'agglomération de magnésie absorbée par la malade. Cette magnésie, magnésie blanche ou hydrocarbonatée, a pour composition :

Eau.....	19,8
Magnésie....	10,9
Carbonate	69,3

Ce médicament aurait fixé un peu de gaz carbonique dans l'intestin, ce qui est très vraisemblable. Il aurait, en outre, perdu de l'eau, probablement depuis son expulsion (les calculs avaient été placé dans l'étuve à 37° pendant quelques jours).

La clinique et l'analyse chimique sont donc en parfait accord.

L'absence de douleurs intestinales chez la malade, l'absence du sable qui accompagne habituellement les calculs intestinaux font éliminer le diagnostic de lithiase intestinale vraie.

L'aspect des calculs, leur friabilité, l'absence de facettes, de noyau central, aussi bien que les antécédents de la malade, tout à fait indemnes d'accidents hépatiques, font rejeter l'hypothèse de calculs biliaires tombés dans l'intestin.

L'analyse chimique vient confirmer ces données cliniques. Il s'agit donc bien de calculs d'origine médicamenteuse, dus à l'agglutination accidentelle, dans l'intestin, de la magnésie calcinée.

Ce fait rare, déjà signalé, croyons-nous, chez les vieillards, n'a pas encore été relevé chez des personnes jeunes Il est intéressant de bien distinguer ces cas de la lithiase intestinale vraie. La pathogénie, le pronostic, le traitement sont absolument différents dans ces deux ordres de faits. *(27 avril.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Anévrysme de l'iliaque externe, ligature de l'aorte. — M. Tillaux. Il s'agit d'un homme de 56 ans, atteint depuis un an d'un anévrysme de l'artère iliaque externe. Sous l'influence d'un effort, la tumeur se fissura, donnant lieu à un anévrysme diffus consécutif. Celui-ci, débordant en bas l'arcade crurale, remontait à deux doigts de l'ombilic ;

Digitized by Google

il était animé de battements et présentait un bruit de souffle. On ne pouvait songer à extirper cette énorme masse diffuse, qui menaçait de se rompre ; d'autre part, la seule ligature possible était celle de l'iliaque primitive. C'est ce que M. Tillaux pratiqua avec succès, se servant d'un fil de soie plate pour ne pas couper l'artère peut-être athéromateuse.

Le lendemain et les jours suivants, l'état du malade était très satisfaisant ; pas de douleurs, pas de troubles circulatoires, pas de refroidissement. Les choses restèrent en cet état plusieurs jours ; puis l'anévrysme, qui tout d'abord s'était affaissé, sembla augmenter de volume, sans présenter de bruit de souffle ni de battements. En même temps, le malade maigrissait, présentait sur ses membres inférieurs des phénomènes de compression veineuse. Il succomba 39 jours après la ligature. A l'autopsie, on trouva une énorme poche qui englobait l'iliaque externe et occupait toute la fosse iliaque ; la veine fémorale était thrombosée. On fut très surpris de constater que la ligature avait été placée, non sur l'origine de l'iliaque primitive, mais sur l'aorte elle-même, immédiatement au-dessus de sa bifurcation, fait extrêmement rare dans la science, surtout avec une pareille survie.

Gastrostomie — M. Poirier communique un nouveau procédé d'abouchement de l'estomac à la peau de la région épigastrique, applicable chez les malades atteints de rétrécissement infranchissable de l'œsophage ou d'épithélioma de l'estomac. Il est basé sur la facilité avec laquelle on obtient sur l'estomac vivant la séparation des tuniques musculaire et muqueuse Un cône de l'estomac, saisi aussi haut que possible, est attiré en dehors de la plaie cutanée ; la séreuse péritonéale et la tunique musculaire gastriques sont suturés sur les bords de l'incision cutanée, puis sectionnées sans toucher à la muqueuse. Celle-ci, disséquée de la couche celluleuse sous musculaire, est refoulée vers l'estomac et ouverte au bistouri, puis refoulée vers la poche gastrique. Elle forme ainsi une valvule parfaitement continente au-dessous de l'orifice cutané. Une sonde est laissée en place pendant huit jours, au bout desquels on la retire pour ne la réintroduire qu'aux heures des repas, sans que le trajet se rétrécisse ultérieurement (*2 mai*).

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales et leurs complications intracrâniennes, par le Dr Henry Luc, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 vol in-8 de 500 pages avec 28 figures. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris.

Les dix-neuf premières leçons de ce volume sont consacrées à l'étude des suppurations péricrâniennes et les sept dernières à leurs complications intracrâniennes.

Les foyers péricrâniens eux-mêmes forment deux catégories distinctes, suivant qu'il s'agit de l'oreille moyenne ou des cavités accessoires des fosses nasales.

On trouvera d'abord un exposé général des suppurations aiguës et chroniques de l'oreille et de leurs complications mastoïdiennes et aiguës.

Des chapitres spéciaux sont ensuite consacrés à l'étude de certaines localisations particulières des lésions pouvant entretenir l'otorrhée : l'attique et l'antre pétreux, et réclamant des manœuvres ou des opérations spéciales ; le cholestéatome, complication encore mal connue, est l'objet d'une leçon spéciale.

Dans la partie consacrée aux suppurations périnasales, M. Luc a décrit successivement l'empyème du sinus maxillaire, celui du sinus frontal, puis les suppurations ethmoïdales et sphénoïdales, insistant tout particulièrement sur le diagnostic de ces affections trop souvent méconnues et sur leur traitement chirurgical.

Les dernières leçons sont consacrées aux complications intracrâniennes des suppurations otiques et périnasales : l'auteur a suivi dans sa description les étapes successives de l'infection en marche, du foyer extra-crânien vers l'endo-crâne, décrivant d'abord l'abcès extra-dural, puis les accidents pyémiques, d'origine thrombo-sinusienne, et, comme opposition à cette forme, la pyémie auriculaire sans phlébite sinusienne apparente.

Les trois dernières leçons ont trait à l'abcès encéphalique et à la lepto-méningite. Ces graves complications de foyers suppuratifs, parfois minuscules et apparemment dépourvus de gravité, présentent un grand intérêt.

Nous ne pouvons que faire l'éloge de ce volume dont nous avons donné quelques extraits, ce qui permettra à nos lecteurs de juger par eux-mêmes.

Précis de médecine infantile. (O. Doin). Dans ce livre, M. Weill a cherché à condenser les notions les plus importantes pour la connaissance des maladies infantiles laissant de côté les affections communes aux divers âges et dépourvues de physionomie particulière chez l'enfant, il s'est attaché à l'étude des maladies propres à l'enfant et au nourrisson, comme les troubles digestifs du premier âge, et s'est efforcé de faire ressortir dans les autres affections la marque que leur imprime l'enfance, la réaction toute spéciale de l'organisme infantile vis-à-vis des agents pathogènes, la susceptibilité du système nerveux, l'intensité des réactions lymphatiques, l'influence d'arrêt produite par une lésion sur un organe en voie de développement.

C'est ce qui fait de ce Précis, malgré sa concision et sa brièveté, un ouvrage non seulement utile, mais intéressant à consulter pour les étudiants et pour les praticiens. — E. L. M.

La tuberculose. — C'est un bon petit livre que M. Sigard de Planzoles vient de publier dans la *Petite encyclopédie populaire illustrée.* (Librairie Reinwald).

Ce livre sur la tuberculose qui s'adresse au grand public ne manquera pas d'intéresser les lecteurs parce qu'il est écrit simplement et clairement. On le lira et on y apprendra comment et pourquoi l'on devient tuberculeux, comment on peut lutter contre la tuberculose et en guérir. Ainsi chacun étant instruit du danger s'efforcera de l'éviter ; les grands principes d'hygiène, qui seuls ont une efficacité réelle pour la prophylaxie et la cure de la tuberculose, étant compris de tous, seront respectés et suivis par tous. Et c'est alors seulement qu'on pourra lutter efficacement contre la tuberculose. — E. L. M.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Enfants Malades. — Service de M. Sevestre

Des angines ulcéro-membraneuses

Par MM. BONNUS et DEGUY, *anciens internes des hôpitaux*

On a beaucoup, ces derniers temps, parlé d'une variété spéciale d'angine, nous dirons avec plus de raison, d'amygdalite, qui serait due à des bacilles fusiformes, associés ou non à des spirilles. Nous avons eu l'occasion d'en observer quelques cas, dont nous désirons parler aujourd'hui.

Cette affection est également dénommée : *Angine ulcéro-membraneuse, angine à bacilles fusiformes et à spirilles* et *angine de Vincent.*

On a beaucoup discuté sur la priorité de la description de l'angine ulcéro-membraneuse, et l'on discutera certainement encore ; nous n'avons pas la prétention de trancher la question, mais nous croyons qu'il est bon de rechercher dans la littérature médicale passée, les premières notions sur la question. C'est au mémoire de Bergeron, en 1859, qu'il faut remonter pour voir que déjà, à cette époque, on distinguait nettement l'angine ulcéro-membraneuse de la diphtérie.

Bergeron s'exprimait ainsi : « Je n'ai observé que 7 cas d'angine ulcéreuse : la maladie s'est montrée quatre fois sur l'amygdale droite, deux fois sur l'amygdale gauche, et une fois seulement sur les deux amygdales ; d'où il suit qu'ici, comme dans la gingivite et dans la stomatite pariétale, le développement unilatéral de la maladie est la règle... Je n'ai vu qu'une seule fois l'angine ulcéreuse simple ; or, c'est précisément pour les cas de ce genre qu'il importe de bien connaître les caractères de la maladie. Lorsqu'en effet, la stomatite ulcéreuse se développe sur un point quelconque de la muqueuse buccale en même temps que sur les tonsilles ; il n'y a pas d'erreur possible sur la nature de l'altération de ces glandes. Mais, qu'au contraire, la maladie se localise exclusivement et d'emblée sur une amygdale, et alors l'incertitude sera permise, parce que l'angine ulcéreuse peut, dans quelques cas, donner au premier aspect, l'idée, tantôt d'une angine tonsillaire simple avec ulcération, tantôt même d'une angine gangréneuse ». Dans son observation unique où l'amygdale était seule ulcérée, il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire et la muqueuse buccale ne présentait d'autre altération qu'une injection de tout le pourtour de l'isthme.

Trois ans plus tard, en 1861, Laboulbème s'exprimait en termes absolument précis sur la maladie qui nous occupe : « Sur les amygdales, dit-il, où elles siègent aussi plus rarement qu'au palais, les ulcérations ont des bords épaissis et saillants ; le fond en est anfractueux, inégal, grisâtre, quelquefois ecchymosé. » et plus loin (p. 345) : « On distingue avec facilité les ulcérations amygdaliennes de la stomatite ulcéro membraneuse des productions diphtériques pharyngées quand on trouve une seule amygdale envahie et très gonflée, quand l'ulcération paraît très profonde et surtout quand la stomatite ulcéro-membraneuse siège en même temps sur la muqueuse buccale. Si la maladie s'est localisée exclusivement et d'emblée sur une amygdale, il faut tenir compte de la rougeur de tout l'isthme pharyngien, de l'ulcération réelle remplie de détritus multiples se séparant isolément, laissant à nu un fonds grisâtre et sanieux..... La qualification d'ulcéro-membraneuse est bien définie, parce que l'ulcération s'y rencontre toujours unie à une escarre superficielle, membraniforme, et plus tard, à une production réellement pseudo-membraneuse. »

Voici donc un fait nettement établi depuis 40 années, la possibilité d'amygdalites ulcéro-membraneuses, existant sans autre lésion morbide, et ce fait paraissait ignoré, quand, en 1895, à la Société de laryngologie, MM. Moure et Mendel décrivent à nouveau une affection ulcéreuse spéciale des amygdales, puis MM. Vincent, Lemoine, Raoult et Thiry, etc., etc., viennent apporter, chacun, des documents nouveaux, à tel point que l'amygdalite ulcéro-membraneuse est entrée dans le cadre nosographique des angines, et que, à l'heure actuelle, tout médecin doit savoir en porter le diagnostic. Nous ne voulons pas aller plus loin sur cette question d'historique, l'index bibliographique donné plus loin en dispensera, et, au cours de cette étude, nous ferons tous nos efforts pour rendre à chacun l'honneur qui lui est dû.

Au point de vue bactériologique, M. Vincent nous a démontré que ces angines étaient dues à un bacille spécial, le B. fusiformis associé ou non à des spirilles. Avant de décrire ces deux agents pathogènes, nous croyons bon de signaler le fait suivant : c'est que, avant M. Vincent, Veillon en avait remarqué la présence dans certaines angines pseudo membraneuses. Dans sa thèse, en 1894, il rapporte 7 observations d'angines pseudo-membraneuses non diphtériques et les préparations faites avec l'exsudat recueilli sur les amygdales donnent des résultats comparables. Outre les streptocoques, diplocoques, etc., etc....., « on trouve encore de grands filaments qui répondent à ce qu'on décrit sous le nom de leptothrix, de grands bacilles longs et minces, des *bacilles en forme de fuseau*, de petits bacilles courts et trapus. On trouve aussi de longs filaments, extrêmement fins, lentement mobiles, se colorant d'une façon très pâles et enroulés de façon à forcer plusieurs spires. La première espèce est, sans doute, le *spirillum sputigenum*, et la seconde, le *spirochaete*

Digitized by Google

denticola..... Les spirilles et les spirochætes ne se cultivent pas dans nos milieux; nous n'avons jamais pu obtenir de cultures des bacilles longs et minces, des bacilles en forme de fuseau. Beaucoup de ces espèces sont anœrobies; en effet, dans les cultures à l'abri de l'air, nous les avons vus se multiplier en dégageant une odeur extrêmement fétide, rappelant l'odeur de la matière caséeuse des cryptes amygdaliennes, mais, jusqu'à présent, nous n'avons pu obtenir de cultures pures. »

On voit donc que, tant au point de vue bactériologique, qu'au point de vue clinique, la question était connue; mais le grand mérite de M. Vincent est d'avoir attiré avec insistance, l'attention sur des faits auxquels on ne s'intéressait guère, et d'en avoir fait une étude des plus approfondies et qui lui fait le plus grand honneur.

Avant d'étudier le fond de la question, nous allons d'abord citer les cas que nous avons personnellement observés.

Obs. I.— R. K., 22 ans. Pas d'hérédité morbide; trois amygdalites antérieures. Début le 19 mars par une légère gêne de la déglutition, et de la douleur à l'angle de la mâchoire à gauche. Rougeur diffuse du pharynx.

20 mars. — Apparition à la partie supérieure de l'amygdale gauche d'un léger dépôt grisâtre. Badigeonnages à la glycérine iodée.

21 mars. — Enduit amygdalien plus net, il est franchement grisâtre et de la dimension d'une lentille. Ganglion angulo-maxillaire gauche augmenté de volume et douloureux. Langue saburrale; léger malaise.

22 mars. — Céphalalgie; gêne plus marquée de la déglutition; extension à la majeure partie de l'amygdale de l'enduit grisâtre qui résiste à des essais faits pour déterger la muqueuse.

23 mars. — Exsudat plus épais et ayant envahi la presque totalité de l'amygdale. Gêne de la déglutition toujours marquée; ganglion angulo-maxillaire douloureux, mais un peu diminué de volume.

25 mars. — Même état; détachement partiel provoqué de l'exsudat qui est très résistant et laisse voir la muqueuse un peu grisâtre et saignant facilement.

26 mars. — Exsudat reformé; la surface amygdalienne paraît excavée, anfractueuse, le bord antérieur de cette excavation fait à la partie moyenne une légère saillie blanchâtre.

28 mars. — Amygdale franchement ulcérée, bords découpés, fond gris blanchâtre, saignant facilement. Plus de dysphagie, plus d'engorgement ganglionnaire.

29 mars. — Le bourrelet formé par la partie moyenne du bord antérieur de l'excavation est très net, il forme une saillie de un centimètre environ de longueur, recouvert d'une fausse membrane grisâtre très adhérente et très résistante.

30 mars. — La saillie du bord antérieur se détache encore plus nettement, ce bord ne paraît rattaché à la partie antérieure de l'amygdale que par un étroit pédicule. Cette saillie est complètement encapuchonnée par une fausse membrane très adhérente et grisâtre, qui, en arrière, paraît se continuer avec l'exsudat moins résistant qui recouvre la surface ulcérée. L'ulcération paraît avoir gagné en profondeur. Ses bords sont irréguliers, antractueux, mais cet aspect est encore plus net à la partie antérieure. Depuis plusieurs jours, *haleine très fétide.*

Attouchements à la teinture d'iode. Lavages au chloral et à l'eau oxygénée.

Sous l'influence de ce traitement, l'ulcération paraît diminuer; les fausses membranes après des alternatives de disparition et de reproduction finissent par disparaître. Ce n'est que le 5 avril que toute trace d'exsudat a disparu, mais l'amygdale reste déchiquetée et anfractueuse.

L'affection a évolué *sans fièvre*, avec léger malaise dans les premiers jours, un peu de dysphagie et léger engorgement ganglionnaire : la marche a été assez lente puisque la guérison définitive n'a été obtenue qu'au bout de 18 jours...

Deux ensemencements sur sérum, de l'exsudat fait au début de l'affection, n'avaient donné que des cocci divers et quelques colonies de streptocoques.

Le 29 mars. — On détache une partie de l'exsudat et, avec difficulté, un fragment de la fausse membrane qui est très résistante, s'étale difficilement. On fait un examen direct, des cultures aérobies et des inoculations.

Examen direct. — Fausse membrane formée surtout de fibrine, peu de leucocytes.. Bacilles fusiformes et spirilles et, avec eux de très grandes quantités d'un micro-organisme spécial, *ne prenant pas le Gram*, et ayant l'aspect d'un gros streptocoque en chaînettes.

Les chaînettes sont courtes, six à huit éléments groupés deux par deux. Chacun de ces éléments est formé non par un coccus, mais par un court bâtonnet, assez épais, un peu plus long que large et à extrémités nettement carrées. (1)

Les cultures aérobies ayant été négatives, c'est très probablement un microbe anaérobie.

Cultures. — Aérobies sur sérum et gélose, divers coccus, streptocoques et staphylocoques en petite quantité.

Inoculations. — A une souris et un cobaye, faites avec un fragment de la fausse membrane ont été négatives.

Obs. II. — D. Suzanne, 6 ans, entrée pavillon Trousseau, 10 avril 1897, malade depuis quelques jours.

Gorge : Amygdale gauche un peu volumineuse, tapissée en partie d'un exsudat grisâtre-sanieux, peu épais et recouvrant une ulcération; la muqueuse saigne facilement. L'amygdale est excavée, comme s'il se faisait un processus gangréneux.

Amygdale droite paraît normale.

Il existe un volumineux ganglion angulo-maxillaire à gauche.

Après des attouchements à la teinture d'iode, l'état s'améliore et l'enfant sort le 18 avril.

Les cultures n'ayant donné que du staphylocoque et du streptocoque, on fait un examen direct qui fait voir de nombreux bacilles fusiformes et de nombreux spirilles.

Obs. III. — D. G., 29 ans (Résumée).

En juin 1897, 1re angine ulcéreuse de l'amygdale gauche, évoluant sans fièvre, avec une sorte *d'état cartilagineux de l'amygdale autour de l'ulcération* et diagnostiquée par un syphiligraphe, chancre de l'amygdale : pas de fièvre, peu de dysphagie; engorgement ganglionnaire peu marqué.

(1) Tandis que les spirilles et les bacilles fusiformes sont abondants, surtout dans les parties superficielles, le strepto-bacille pullule dans les parties profondes et se trouve à l'état de pureté dans le bourrelet pseudo-membraneux très résistant qui limite l'ulcération.

Digitized by Google

Guérison en 15 jours. Pas de roséole, pas d'accidents syphilitiques.

En décembre 1897, 2e angine ulcéreuse, mais cette fois à droite; excavation amygdalienne avec exsudat pseudo-membraneux grisâtre, sanieux. *Haleine fétide*; engorgement ganglionnaire modéré, pas de fièvre. Guérison en dix jours.

Cultures : sérum et gélose, divers cocci.

Examen direct. Bacilles fusiformes et spirilles. Les amygdales restent déchiquetées.

En 1898, 3e angine ulcéreuse. Même évolution que les précédentes.

Les seconde et troisième angines n'ont pas présenté aussi nettement l'état car ilagineux.

Obs. IV. — L..., 21 ans, étudiant en médecine.

Amygdales volumineuses; aucune affection de la gorge antérieure.

Le 1er mai 1899. — Le malade, qui depuis deux jours avait un peu de dysphagie et sentait les ganglions angulo-maxillaires douloureux, examine ses amygdales et y voit des ulcérations avec fausses membranes grisâtres surtout à gauche. Le début devait remonter à quelques jours, car le 26 avril étant en visite chez le Dr R... celui-ci lui demanda : Avez-vous mal à la gorge? Vous avez la voix amygdalienne. Réponse négative, car aucun symptôme n'avait jusqu'alors attiré l'attention du malade.

Le 3 mai. — Quatre ulcérations sur l'amygdale gauche, une seule à droite, recouvertes par une fausse membrane d'aspect grisâtre, peu étendue, et se laissant facilement détacher.

Un médecin consulté croit à la diphtérie.

Le 4 mai. — Le malade est vu par le Dr Sevestre : Amygdales d'une rougeur intense, très volumineuses, se rejoignant presque sur la ligne médiane. La gauche avec une énorme ulcération sur la face interne, assez profonde, recouverte d'un exsudat sanieux grisâtre et assez peu adhérent. La droite avec une ulcération semblable mais moins étendue et moins profonde; bien que depuis la veille, les lésions ait eu une évolution rapide.

Ganglions angulo-maxillaires gros et douloureux. — Haleine très fétide.

Le diagnostic porté est : angine ulcéro-membraneuse, confirmée par l'examen direct de l'exsudat. Cet examen, pratiqué aussitôt, montre une fausse membrane peu épaisse, mais très résistante, constituée presque entièrement par de la fibrine, très peu de leucocytes et renfermant à l'état de pureté des bacilles fusiformes. Pas de spirilles.

Les cultures sur sérum n'ont donné que : staphylocoques et streptocoques.

Traitement : Attouchements à la teinture d'iode : lavages au chloral et à l'eau oxygénée.

Du 6 au 18 mai. — Le malade étant à la campagne se soigne par des lavages à l'eau boriquée et des attouchements bi-quotidiens à la teinture d'iode.

Quand il revient à Paris, l'état général est parfait ; les lésions ont meilleur aspect, mais ne sont pas entrées en régression : à gauche, l'ulcération s'est encore prononcée, elle a une profondeur de près de deux centimètres, l'amygdale paraît presque complètement excavée. A droite, l'ulcération s'est agrandie en surface, elle occupe toute la face interne ; mais ne s'est pas étendue en profondeur.

Cette amygdalite n'entre réellement en régression qu'à partir du 28 mai, époque à laquelle l'exsudat a totalement disparu. A droite, l'ulcération a peu creusé, mais à gauche l'énorme excavation formée persiste.

Le 10 juin. — Ablation des amygdales à l'anse galvanique par le Dr Cuvillier.

L'état général a été un peu atteint au début : il y avait le soir un peu de lassitude et un peu de fièvre, 37°9. Cet état dure du 1er au 4 mai. Depuis cette époque, l'état général est resté normal, l'appétit conservé.

Si, maintenant, nous envisageons l'étude bactériologique de ces angines d'après ces observations et d'après ce qu'en ont publié les auteurs, nous voyons d'abord que, il n'y a pas forcément association des fusiformes et des spirilles, les premiers seuls peuvent exister isolément, les autres n'agissant qu'à titre d'associés.

Les bacilles fusiformes et les spirilles n'ont pu jusqu'à maintenant être cultivés sur les milieux usuels, en cultures aérobies ; aussi, c'est par le seul examen direct, qu'on a constaté leur existence. Les cultures de ces variétés d'angine, sur les milieux dont nous nous servons d'habitude, donnent des streptocoques, des staphylocoques, divers coccus, du bactérium coli, du pneumocoque (Raoult et Thiry).

L'examen direct est donc, en l'état de nos connaissances actuelles, le seul élément de diagnostic. Le B. fusiformis se présente alors sous forme d'un bâtonnet dont les extrémités sont amincies et la portion centrale renflée en fuseau. Il est parfois très long, tantôt droit, tantôt recourbé en virgule; généralement isolé, d'autres fois placé bout à bout. Le colorant de choix est la thionine ou la fuschine phéniquée au 1/4, car ce microorganisme ne prend pas le Gram ; le chloroiodure de zinc lui donne une teinte brunâtre (*Sabrazès*). De temps en temps, il présente dans sa continuité des vacuoles incolores ; ou bien le bacille prend des formes géantes. Fait remarquable, ce bacille très nombreux dans les journées de début de l'angine, disparaît assez rapidement, et après quelques jours, il est à peu près impossible d'en trouver des traces. Ce bacille est immobile ou tout au moins doué de mouvements douteux ; il paraît être un des hôtes habituels de la cavité buccopharyngée ; on le retrouve dans le tartre dentaire, les enduits linguaux et pharyngés, il vit en commensal avec d'autres microorganismes dans diverses affections pseudo-membraneuses ; et, d'après Freyche, on le rencontrerait assez souvent sur des ulcérations syphilitiques.

Ce serait donc un saprophyte qui deviendrait pathogène à ses heures ; nous disons à ses heures, car, jusqu'ici, les inoculations d'exsudat diphtéroïde qui le renferme, n'ont abouti à aucun résultat ; et en regard de ces faits, nous rappellerons le cas de Lichtwitz et Sabrazes où ce microbe est rencontré en très grande abondance dans le pus fétide d'un empyème du sinus maxillaire.

Digitized by Google

Dans l'histoire de ce micro-organisme, il est un point intéressant à noter, c'est que M. Vincent lui trouve une grande analogie avec le microbe qu'il a observé dans la pourriture d'hôpital. Y a-t il identité ou simplement variabilité de virulence d'un même micro-organisme? C'est à l'avenir de nous l'apprendre.

Les formes spirillaires se rencontrent moins fréquemment que les fusiformes, mais parfois, on les rencontre en très grande quantité; ces spirilles se colorent avec quelque difficulté, ne prenant pas le Gram; tantôt immobiles, tantôt douées de mouvements rapides, elles paraissent analogues aux spirilles qui existent normalement dans la salive et le tartre dentaire (Sp. denticola), Nicolle les identifie avec les spirochaetes.

Les spirilles, si on les identifie avec Veillon soit aux Sp. sputigenum ou au Sp. denticola peuvent fort bien jouer un rôle pathogène. Itzerott et Neumann à propos de la première variété, assez longue et ondulée et qui existe en grande quantité dans la bouche de l'homme disent qu'elle est pathogène dans certaines circonstances. Verneuil et Clado l'ont trouvé dans un abcès de la glande salivaire sublinguale. On l'a aussi trouvé dans un cas d'adenite sous-maxillaire après une extraction dentaire.

Voici donc deux saprophytes de la bouche qui pourraient dans certaines conditions devenir pathogènes et que l'on considère actuellement comme déterminant l'angine ulcéro membraneuse. Nous ne voulons pas préjuger de la question, mais comme il est un fait avéré, c'est qu'en même temps qu'eux on trouve dans ces angines d'autres micro organismes reconnus de tous comme pathogènes, tels le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, etc., on est toujours en droit de se demander si ces fusiformes dont la disparition est si rapide sont bien un agent pathogène spécifique. Cette question ne sera résolue que le jour où des procédés nouveaux de culture, ayant permis de les isoler, l'expérimentation jugera en dernier ressort. Mais, quoi qu'il en soit, comme ces microbes se rencontrent dans des formes d'angines comparables et formant un type clinique isolé, il convient de les étudier à part.

A ce sujet, nous trouvons les opinions de M. Vincent un peu formelles et catégoriques, lorsqu'il distingue deux formes : la forme *ulcéro-membraneuse* où les spirilles sont associés aux fusiformes, et la forme *diphtéroïde* où on rencontrerait seulement les fusiformes. Il est vrai que M. Vincent atténue un peu ses assertions en disant que, souvent, la forme diphtéroïde primitivement, devient ultérieurement pseudo membraneuse, lorsque l'association microbienne se produit.

Nous ne voulons pas critiquer cette opinion, mais nous croyons qu'il vaut mieux se placer au point de vue clinique simple et distinguer deux grands groupes de faits : (A) l'angine ulcéro-membraneuse à évolution torpide, à type pseudo-gommeux et (B) l'angine ulcéro-membraneuse fébrile à type infectieux pouvant simuler la diphtérie ou avoir d'emblée ou secondairement le type ulcéro-membraneux. Quoi qu'il en soit, au point de vue de l'étiologie, il est un fait à retenir : c'est que ces angines sont presque toujours, pour ne pas dire toujours, une affection de la jeunesse ou de l'adolescence; c'est sur des jeunes soldats, des jeunes gens de 15 à 25 ans qu'on les observe la plupart du temps, ce sont des malades sujets aux angines erythémateuses ou pultacées, qui ont chaque année des poussées saisonnières d'amygdalite simple ou lacunaire.

Lorsque l'angine ulcéro-membraneuse est à la période d'état, voici presque toujours comment elle se présente. On observe au niveau d'une amygdale une néo-membrane blanchâtre ou grisâtre. Cette néo-membrane plus ou moins cohérente, plus ou moins pultacée a comme caractère essentiel de reposer sur une ulcération. Celle-ci peut être simplement une exulcération superficielle à bords rougeâtres violacés tranchant sur le blanc de l'exsudat, ou être une ulcération assez profonde : *l'angine creuse*, et c'est là un caractère d'une importance primordiade. Sous l'exsudat, l'ulcération est tomenteuse et saigne facilement lorsqu'on essaie d'enlever la néo-membrane. La muqueuse pharyngée avoisinante est rouge et œdématiée. Il est rare, comme l'a fait remarquer M. Vincent, que l'ulcération reste superficielle et qu'on voie se détacher spontanément et rapidement l'exsudat, mais le fait est possible; et alors ce qu'on remarque, c'est qu'une autre néo-membrane vient remplacer celle qui s'est éliminée.

Un signe constant est la fétidité de l'haleine, quelquefois très intense, due à la présence des micro-organismes anaérobies et au processus ulcéreux, quelquefois presque gangréneux qui en est la conséquence.

Il est presque de règle que l'on observe de l'adénite sous-maxillaire, et l'on conçoit fort bien alors que, dans les formes torpides, apyrétiques et dont l'évolution est longue, on ait confondu cette angine ulcéro-membraneuse avec un chancre syphilitique de l'amygdale, d'autant plus que la lésion est ulcéreuse et qu'il est assez fréquent d'observer au-dessous une hypertrophie assez considérable de l'amygdale, qui est dure au toucher.

D'ordinaire, dit avec raison M. Vincent, « la fièvre ne dépasse pas 38°, 39° et dure quelques jours, pendant lesquels le malade accuse de la courbature, de l'inappétence et un état saburral des premières voies digestives. L'amygdale se nettoie vers le 8e ou

Digitized by Google

le 10e jour, en moyenne, et l'ulcération ne tarde pas à se cicatriser sous l'influence d'un traitement antiseptique local. Dans certains cas, l'affection est plus tenace; elle peut durer plusieurs semaines sans fièvre et sans autres troubles fonctionnels qu'une dysphagie plus ou moins marquée. »

La durée de l'affection est variable, 11 jours, 70 jours (Sacquépée), 6 jours (Schneider), 60 jours (Nicolle), de telle sorte qu'on peut dire que la maladie peut durer de 5 jours à deux mois. Le siège n'est pas moins variable que la durée, l'affection était bilatérale avec double adénopathie dans un cas de Sacquepée qui évolue avec un peu de fièvre initiale. Tantôt c'est l'amygdale droite qui est prise (Freyche, Schneider), tantôt c'est la gauche.

Enfin, une des amygdales peut être prise d'abord, et l'autre après, tel est le cas d'un malade de Nicolle où la seconde amygdale fut prise dix jours après la première. On a également observé la participation de la luette à la maladie, la coexistence d'ulcérations labiales sur la face muqueuse. Les rechutes sont possibles (Nicolle). Sacquepée a observé un cas de récidive et nous-mêmes (obs. III). Dans une intéressante observation de Nicolle, il y avait coexistence de placards œdémateux sur le front et dans les deux régions fronto-pariétales, éruption analogue à de l'érythème noueux sans érythème. Dans un autre cas, il y avait de l'érythème polymorphe.

Il est enfin un groupe de symptômes buccaux qui se rencontrent dans cette variété d'angine comme d'ailleurs dans d'autres : dysphagie, etc. On n'a pas observé la suppuration des adénopathies.

En somme, et c'est là ce qu'il convient de retenir en présence d'une angine pseudo-membraneuse fébrile et qui creuse dans le tissu amygdalien, il faut songer à l'angine ulcéro-membraneuse, et si l'on a des cultures négatives au point de vue du bacille de Lœffler et du streptocoque, il faut rechercher les fusiformes et les spirilles. Nous tenons également à mettre en garde contre l'erreur de diagnostic possible avec le chancre syphilitique, dans les formes torpides. Quoique Rispal prétende qu'il y ait absence d'induration de l'amygdale, cela est possible dans quelques cas, mais ce n'est pas dans tous, et d'ailleurs la recherche de l'induration amygdalienne est assez délicate et peut, par elle même, induire en erreur. Dans une de nos observations (obs. II), le diagnostic de chancre syphilitique fut porté par un médecin de Saint-Louis justement à cause de l'induration cartilagineuse de l'amygdale. L'évolution de l'affection montra que l'on avait affaire simplement à une angine ulcéro-membraneuse; et, depuis, il y eut deux récidives. L'aspect du chancre était frappant dans un cas de Schneider comme dans un de Lecoarret, la lésion ressemblait à une ulcération spécifique : « Dans l'une de nos observations, dit cet auteur, nous avons constaté une ulcération qui occupait la moitié postérieure de l'amygdale, le pilier postérieur et une bonne partie de la paroi postérieure du pharynx. Le malade a été vu par plusieurs de nos confrères. Dans ce cas, l'ulcération ressemblait, à s'y méprendre, adénopathie et évolution mises à part, à une lésion syphilitique et tertiaire. Nous nous fîmes violence pour ne pas instituer un traitement hydrargyrique; bien nous en prit. Malgré l'étendue et la profondeur de l'ulcération, le malade guérit très vite sous la simple influence de gargarismes antiseptiques et d'attouchements à la teinture d'iode. Il niait tout antécédent suspect et nos recherches dans ce sens avaient été infructueuses. »

Comme on le voit, il est de première importance de connaître les angines ulcéro-membraneuses, afin d'établir une thérapeutique rationnelle. Celle-ci consiste surtout en des attouchements avec des antiseptiques, teinture d'iode, phénosalyl, chlorate de potasse et en gargarismes fréquents. A cause de la présence des micro-organismes anaérobies, l'eau oxygénée rend les plus grands services.

Bergeron : De la stomatite ulcéreuse des soldats et de son identité avec la stomatite des enfants, dite couenneuse, diphtéritique, ulcéro-membraneuse *(Paris, 1859)*. — Laboulbène : Des affections pseudo-membraneuses *(Paris, 1861)*. — Veillon : Recherches sur l'étiologie et la pathogénie des angines aiguës non diphtériques *(Th. Paris, 1891)*. — Schneider : Angines à bacilles fusiformes de Vincent *(Presse méd., 17 juin 1899)*. — Vincent : Sur une forme particulière d'angine diphtéroïde *(Soc. méd hôp., 1898)*. — Vincent : Sur l'étiologie et les lésions amatomo-pathologiques de la pourriture d'hôpital *(Ann. Institut Pasteur, 1896)*. — Vincent : Recherches bactériologiques sur l'angine à bacilles fusiformes *(Ann. Institut Pasteur, août 1899)*. — Lemoine : Angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles *(Soc. méd. hôp., mars 1898)*. — Raoult et Thiry : Des amygdalites ulcéro-membraneuses chancriformes avec spirilles et bacilles fusiformes de Vincent *(Congrès de laryngologie, mai, 1898)*. — Dopter : Un cas d'angine de Vincent *(Presse méd., août 1898)*. — Sacquepée : Cinq cas d'angine à spirilles et bacilles fusiformes *(Soc. méd. hôp., janvier 1899)*. — Vincent : Nouvelles recherches sur l'angine diphtéroïde à fusiformes *(Soc. méd. hôp., janvier 1899)*. — C. Nicolle : Angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles *(Archives provinciales de médecine, avril 1899)*. — Lichtwitz et Sabrazès : Bacilles fusiformes de Vincent dans un cas d'amygdalite ulcéreuse *(Gaz. hebd des sciences méd. de Bordeaux, 23 avril 1899)*. — Lecoarret : Contribution à l'étude de l'amygdalite ulcéro-membraneuse *(Revue hebd. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Moure, 11 mars 1899)*. — Freyche : Etude sur l'angine diphtéroïde et ulcéreuse à bacilles fusiformes de Vincent *(Th. Toulouse, 1899)*. — Salomon : Bacteriologische Befunde bei Stomatitis und Tonsillitis ulcerosa *(Deutsche Med. Wochensch., 11 mai 1899)*. — De Stœcklin : Contribution à l'étiologie des angines ulcéro-membraneuses *(Centralblatt für Bakt. und Parasitenk. 15 juillet 1898)*. — Mariau : Diagnostic de l'angine chancriforme (*Echo méd. Nord*, mars 1900).

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Durée de l'immobilisation dans les phlébites

Par le Dr Mérigot de Treigny, *ancien interne des hôpitaux*

L'embolie pulmonaire est un danger inhérent à toute phlébite, à l'exception des inflammations limitées aux couches périphériques du vaisseau (périphlébites). C'est donc à prévenir cet accident par une immobilisation suffisamment prolongée, que le médecin doit avant tout s'appliquer dans le traitement de cette affection (1). Mais, d'autre part, cette immobilisation si elle est prolongée outre mesure (trois et six mois chez des malades vues par Pinard), impose au malade une gêne et même une souffrance inutiles et l'expose à la production de raideurs périarticulaires et même d'ankyloses, d'atrophies musculaires étendues, d'œdème chronique et de troubles trophiques cutanés, qui exigeront ensuite un traitement long et compliqué.

Or, les auteurs classiques, tout en insistant sur les dangers des mouvements prématurés à la suite des phlébites, manquent de précision dans la fixation de la durée vraiment utile du repos absolu. Beaucoup se contentent de conseiller le séjour au lit pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois; d'autres se bornent à spécifier que l'embolie doit être redoutée même très tardivement. Il n'est donc pas inutile de chercher à fixer ce point de pratique courante.

Pour arriver à ce but, il faut d'abord avoir présents à l'esprit la constitution et le mode de formation du caillot intraveineux. On peut admettre, d'après les recherches les plus récentes, que l'altération de la paroi veineuse est le phénomène initial de la phlegmatia. Les agents infectieux, en se fixant sur la paroi, amènent de l'endophlébite desquamative, qui devient le point d'appel, le centre formateur d'une coagulation (stade préoblitérant de la phlébite — Vaquez). Ce caillot primitif est très rapidement fixé d'une façon solide à la paroi par la pénétration des cellules endothéliales; aussi est-il par lui-même peu dangereux, et si les petites embolies septiques, capables de disséminer l'infection, ne sont pas rares, par contre la grosse embolie, agissant mécaniquement, peut être considérée comme exceptionnelle à cette période tout à fait initiale.

Mais au niveau de ce point malade de la veine, le sang se trouve dans des conditions anormales; le contact avec un caillot infecté et aussi le ralentissement ou l'arrêt de la circulation vont étendre la coagulation de proche en proche en amont et en aval, dans les limites où la circulation collatérale ne peut suppléer à la diminution de calibre du vaisseau. Cette modification peut se produire parfois très brusquement. Le caillot secondaire ainsi formé est beaucoup plus étendu que le premier et possède des caractères très différents par suite de son mode spécial de formation. Tandis que le caillot primitif était blanchâtre, résistant, adhérent et fusionné avec la paroi, le second est rouge, moins consistant et simplement accolé à une paroi lisse, non desquamée et dont la réaction inflammatoire ne se produit que tardivement et insuffisamment pour le fixer; d'après Vaquez, on pourrait parfois détacher facilement ce caillot plusieurs mois après l'époque de sa formation. Son extrémité centrale, renflée en massue ou en tête de serpent, vient affleurer une collatérale et continuellement battue par le courant sanguin est particulièrement exposée à se fragmenter et à former une embolie. Mais le caillot peut aussi se détacher en un bloc représentant sa presque totalité. Dans un cas de Duguet le cœur et l'artère pulmonaire contenaient un seul caillot mesurant 34 cm. Dans une autre nécropsie du même auteur, les embolies disséminées dans les branches de l'artère pulmonaire formaient par leur juxtaposition un cordon de 50 cm.

Ces données anatomopathologiques montrent que l'étendue de l'inflammation veineuse proprement dite, son intensité, le degré de virulence des agents pathogènes n'ont pas grande influence sur la fréquence et la gravité de l'embolie. Celle-ci est une conséquence purement mécanique et toujours possible de l'arrêt circulatoire. Cependant Lancereaux pense que la rareté des embolies dans les phlébites cachectiques tiendrait à la formation plus lente du caillot, qui lui permettrait de contracter des adhérences au fur et à mesure de sa formation. En tout cas on sait que l'embolie est possible même lorsque la phlébite est assez minime pour passer inaperçue. Nous en avons rappelé des exemples dans notre précédente étude sur l'embolie. Ces fait doivent être présents à l'esprit du praticien chaque fois qu'un malade se trouve dans les conditions qui exposent à la phlébite. S'il constate alors un mouvement fébrile inexpliqué par la maladie première, il doit prolonger le séjour au lit et explorer soigneusement le système veineux. Cette précaution est bien plus indiquée encore quant à la fièvre se joignent différents signes du côté des membres inférieurs, soit des douleurs plus ou moins diffusées, mais prédominant sur le trajet des veines, creux poplité, mollet, pli de l'aine; soit des douleurs à caractères névralgiques, irradiant le long du sciatique, avec léger œdème malléolaire, qui tiendrait, d'après Vaquez, à une altération mixte des veines et des nerfs.

Sur quels guides peut-on s'appuyer pour admettre

(1) Dans un précédent travail (voir *Journ. des Prat.* 1900, n° 6, page 83) nous avons étudié l'embolie dans ses conditions étiologiques et dans son évolution; nous sommes arrivés à cette conclusion que le seul traitement efficace est le traitement prophylactique, basé sur une immobilisation suffisamment prolongée.

Digitized by Google

que le caillot intraveineux est suffisamment solide pour permettre de renoncer à l'immobilité? La rapidité plus ou moins grande de restauration du membre atteint, la disparition de la teinte cyanique ou blanchâtre de la peau, la résorption plus ou moins complète de l'œdème sont des signes trompeurs car quelques rares phlébites ne produisent que peu de modifications dans l'aspect extérieur de la région. D'ailleurs, la réparation des troubles locaux dépend surtout du degré d'intégrité anatomique des voies collatérales et de l'état général. Les signes extérieurs peuvent avoir disparu, l'œdème peut s'être effacé complètement lorsque se produit une embolie (Simpson). Par contre, des varices persistantes, des altérations veineuses concomitantes prolongeront outre mesure les signes physiques et pourront en imposer par une persistance de l'inflammation.

Les constatations anatomopathologiques sur l'évolution du caillot ont donné des résultats inconstants. En effet, dès le 10e jour et même le 7e on a pu trouver des caillots adhérant très intimement à la paroi et difficiles à détacher (de Brun). D'autre part Vaquez conclut de ses recherches que le caillot peut rester libre pendant plusieurs mois. Les études les plus probantes à ce point de vue nous semblent être de Damasehino, qui aboutissent à cette conclusion : de 10 à 15 jours après le début le caillot devient plus difficile à détacher et semble se continuer sans démarcation nette avec la paroi, au moins sur certains points de la circonférence, mais il faut environ 1 mois 1/2 pour qu'il soit définitivement fixé.

L'époque à laquelle on a pu, sans accident extérieur, laisser lever les malades, donnerait une base d'appréciation, si les publications ne négligeaient souvent les cas classiques, pour porter surtout sur les cas anormaux. Schmitt, qui dans sa thèse sur la phlébite rhumatismale estime la durée moyenne à deux mois, relate des observations dans lesquelles la sortie des malades se fit sans complications au bout de 20, 26, 28, 33, 34 et 40 jours. Dans un cas, cité par de Brun, de phlegmatia suite de fièvre typhoïde, le malade se leva le 19e jour, gardant seulement une petite douleur au mollet. Ces faits doivent être considérés comme particulièrement heureux et il y aurait témérité à régler sur eux sa conduite.

Sur plus de 80 cas que nous avons parcourus, nous trouvons comme dates les plus tardives, l'embolie signalée 40 et 50 jours après l'accouchement, 45 jours après le début d'une fièvre typhoïde, 72 jours après une fracture. Mais il est difficile de tirer de ces chiffres une conclusion; les observations, publiées à un autre point de vue que celui qui nous occupe, ne mentionnant pas exactement le début de la phlébite. Parmi les relations explicites à ce point de vue, l'accident le plus tardif que nous relevons est survenu 4 semaines après le début de la dernière coagulation veineuse, mais Vaquez dit cependant que l'embolie est à craindre même vers le 60e jour, d'autres auteurs, s'appuyant sur une observation de Thirial, rapportée par Trousseau dans ses cliniques, disent que la mort subite est possible près de 3 mois après le début de la maladie. Ces divergences ne nous semblent pouvoir tenir qu'à la différence du point de repère adopté. Certains auteurs évaluent ce temps écoulé entre la première poussée de phlébite et l'embolie, sans tenir compte des envahissements ultérieurs de la maladie et des caillots formés plus ou moins tardivement. On peut cependant les considérer avec d'autant plus de vraisemblance comme les agents de l'embolie; qu'ils sont de formation plus récente. Il nous paraît important de résumer comme exemple cette observation de Thirial; puisque presque tous les traités classiques la citent, en lui donnant une signification, que d'ailleurs Trousseau ne lui attribuait pas. Chez un homme de 56 ans une phlébite débute insidieusement vers le 20 décembre; elle est insuffisamment traitée et cependant ne se confirme que le 10 janvier. Le 1er février une nouvelle poussée survient qui disparaît après 15 jours d'une immobilisation relative. Le malade reprend sa vie ordinaire pendant un mois environ et ce n'est que le 15 mars que se produit une seconde rechute, aboutissant à des embolies graves le 23 et le 24 et à la mort subite le 29 du même mois. On ne peut en bonne logique faire remonter l'origine des embolies qu'à la coagulation produite le 15 mars; elles se sont donc produites 8, 9 et 14 jours après la phlébite et non au bout de 3 mois comme on l'écrit couramment.

En résumé, dans une phlébite à poussées successives, chaque coagulation nouvelle, qui se forme, demande à peu près le même temps pour se fixer et la durée de l'immobilisation ne doit être calculée qu'à partir de la dernière rechute. Il en résulte, nécessairement, l'obligation de surveiller de près l'évolution de la maladie, pour surprendre toute extension même légère du processus inflammatoire. La marche de la température peut être considérée comme un guide assez sûr, chaque étape nouvelle étant indiquée par une élévation, qui se maintient au moins quelques jours. La persistance de la douleur et surtout sa réapparition, après qu'elle a cessé, sa localisation sur une région nouvelle, sont des signes dont il faut tenir grand compte. Chez un malade, ayant une jambe atteinte, des douleurs persistantes dans le bas du ventre, annoncent souvent quelques jours à l'avance l'extension à l'autre membre. Si la phlébite a envahi les veines superficielles de la cuisse, on pourra voir la douleur et le gonflement gagner de proche en proche le côté opposé par les anastomoses médianes (Berger).

Même avec peu de douleurs, une extension brus-

Digitized by Google

que et persistante de l'œdème indique une nouvelle coagulation. Enfin, tant que la marche envahissante de la maladie n'est pas arrêtée, l'état général n'est pas complètement satisfaisant, le sommeil reste imparfait et l'appétit languissant. On constate, au contraire, une amélioration franche, quand la maladie entre vraiment dans la période de réparation.

Cette base d'appréciation étant admise, il nous semble résulter et des données anatomopathologiques que nous avons rappelées, et des renseignements fournis par les observations cliniques, que nous avons consultées, que la fragmentation ou le déplacement d'un caillot n'est pas à redouter pendant plus de six semaines, après sa formation. Nous sommes donc amenés à conclure que le temps d'immobilisation nécessaire peut être estimé à six semaines, terme moyen, ou deux mois au maximum, à partir du début de la dernière rechute. Passé ce temps, le malade peut être autorisé à se lever, dans les cas ordinaires.

Les formules adoptées par Pinard (30 jours après toute cessation de fièvre), et par Ribemont et Lepage (40 jours après le même moment) correspondent à peu près à la même estimation et ont l'avantage de mettre en relief l'importance de la fièvre comme signe de la persistance d'un processus actif.

Cette limite de 6 à 8 semaines est-elle toujours suffisante? Non. Dans les cas où, à un moment quelconque de l'évolution de la phlébite, on aura constaté des signes capables de faire seulement soupçonner une petite embolie, tels que : apparition soudaine de gêne respiratoire, point de côté, frissonnements ou malaise mal défini du côté de la poitrine, dans les cas surtout où l'embolie aura été certaine, nous croyons que la prudence exige une nouvelle période d'immobilisation d'au moins six semaines à partir du jour de l'accident. Si cette prolongation peut être excessive, la gravité du danger suffit à justifier une prudence même exagérée. Les embolies, en effet, se répètent souvent à intervalles plus ou moins rapprochés et des accidents très peu importants, en apparence, peuvent être les signes avant-coureurs des complications les plus redoutables.

Le malade, une fois autorisé à se lever, ne devra accomplir cet acte qu'avec les plus grandes précautions et, autant que possible, sa première tentative sera faite sous la surveillance du médecin. Les régions atteintes auront été, au préalable, recouvertes d'un tissu souple et élastique, capable d'exercer une compression modérée et méthodique. Pendant les premiers jours, les mouvements brusques et la flexion exagérée de certaines jointures, telles que la hanche et le genou seront évités. Enfin, on n'apportera pas trop de hâte à traiter les raideurs péri-articulaires, les amyotrophies et l'œdème persistant. Depuis la réaction de ce travail, M. Dagron (*Soc. médic. chirurg.* 20 mars 1900), a conseillé la mobilisation dès la disparition de la fièvre, le caillot n'étant mobile, d'après lui, que dans la période pyrétique. Cette pratique aurait même l'avantage de prévenir les rechutes qui pour Dagron, seraient dues principalement à l'immobilité. Les considérations données à l'appui de cette opinion, sont intéressantes, mais nous paraissent laisser place au doute. Le fait de Thirial, relaté plus haut, montre au moins que l'immobilité ne joue pas toujours le rôle principal dans la production des rechutes.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Traitement des piqûres d'insecte. — Bernbeck donne les 2 formules suivantes :

I. Collodion élastique	10 grammes
Acide salicylique	1 —
II. Collodion élastique	10 grammes
Sublimé corrosif	0 gr. 10

Pour badigeonnages.

Ces deux mélanges donnent de bons résultats et sont préférables à l'ammoniaque employée jusqu'à présent.

Si l'on badigeonne de suite les piqûres la douleur cesse rapidement et ce n'est que rarement qu'il y a inflammation.

Traitement de la vaginite (Janowsky) :

Alun	30 grammes
Borate de soude	30 —
Sulfate de quinine	1 —
Essence de thym	XXX gouttes
Acide phénique	XXX —
Glycérine	200 grammes

Une cuillerée à soupe de cette solution pour 1 litre d'eau chaude.

Faire des lavages 2 ou 3 fois par jour.

Solution pour accélérer l'accroissement des cheveux (Dietrich) :

Chlorhydrate de quinine	4 grammes
Tanin	10 —
Teinture de cantharides	10 —
Eau de Cologne	40 —
Glycérine pure	60 —
Vanilline	0 gr. 10
Bois de santal pulvérisé	5 grammes
Alcool à 68°	880 —

Laisser macérer 4 jours. — Filtrez.

Sirop iodotanique phosphaté (Sc. pharmacol.) :

Iode	1 gramme
Extrait ratanhia	4 —
Alcool à 90°	15 —
Sirop de cerises	400 —

F. s. a. et ajoutez la solution suivante :

Phosphate monocalcique	ãã 10 grammes
Eau distillée	

Mêlez et complétez le volume de 500 centimètres cubes avec du sirop de cerises. — A. G.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

RHINOLOGIE

Traitement de l'épistaxis. — Parmi les nombreux cas d'urgence qui réclament impérieusement les secours du praticien, il faut compter l'épistaxis qui bien souvent est une source d'ennuis pour celui qui est appelé à intervenir. La question a été traitée nombre de fois, elle est classique au premier chef, elle est connue théoriquement par tous les médecins et cependant en présence d'un malade qui saigne abondamment, toutes les belles connaissances que l'on avait acquises sur le sujet s'oublient et l'on ne sait par où commencer pour agir vite et efficacement. Ce sera mon excuse pour revenir sur ce sujet tant de fois rabattu et toujours nouveau.

Je n'ai point l'intention de traiter la question de l'épistaxis à fond; je ne ferai que rappeler que certaines hémorrhagies nasales doivent être respectées comme celles qui surviennent chez les congestfs, celles qui sont supplémentaires ou qui sont symptomatiques d'une fièvre éruptive; d'ailleurs, leur peu d'abondance ne requiert point l'intervention.

Quelle qu'en soit la cause, si la durée ou l'abondance de l'hémorrhagie crée un danger il faut intervenir.

Il faut se rappeler que 90 fois sur 100 le point de départ de l'épistaxis est la rupture d'un vaisseau de la partie antérieure et inférieure de la cloison nasale qui est juste en regard de la portion flexible de l'aile du nez, de sorte qu'en repoussant avec le doigt l'aile du nez contre la cloison, on exerce une compression qui peut être suffisante pour arrêter l'écoulement sanguin. Si on introduit dans la narine, un tampon d'ouate hydrophile ou de gaze aseptique ou iodoformée la compression n'en sera que plus efficace.

On peut augmenter le pouvoir hémostatique du tampon d'ouate en l'imbibant d'eau oxygénée à 10 ou 12 volumes, mais on doit être prévenu que laissé en place, ce tampon coagule rapidement le sang et par là même adhère à la muqueuse de sorte qu'en le retirant on a grand'chance de retirer en même temps le caillot obturateur et de voir l'hémorrhagie reparaître; il faut donc avoir soin ou de l'extraire au bout de 4 à 5 minutes alors que le caillot n'est pas très ferme, ou bien, si on redoute que l'épistaxis continue, le laisser 12 à 24 heures; ce laps de temps écoulé, la rechute est moins à craindre parce que la rupture vasculaire est définitivement oblitérée.

Il n'est rien de plus instructif que les exemples de la pratique et la connaissance de ce qui s'est passé.

C'est à ce titre que nous signalons les deux cas suivants : Une dame de 50 ans, en état de ménopause depuis 2 ans, est atteinte depuis 15 ans, d'épistaxis à répétition qui apparaissent régulièrement tous les 3 ans. En février dernier tombait l'échéance triennale; l'hémorrhagie nasale apparut très abondante et fut arrêté par le médecin de la famille sans trop de peine, mais, dans le cours de la semaine, elle se reproduisit 3 fois, avec plus de véhémence que jamais; ce ne fut qu'avec peine qu'un tampon imbibé d'eau oxygénée parvint à la suspendre. Appelé auprès de la malade je la trouvai dans son lit, inondée de sang mais ne saignant plus depuis quelques heure. Il fut impossible de persuader la patiente qu'il y avait nécessité d'enlever le tampon pour examiner le nez et cautériser le vaisseau qui s'était ouvert, tant elle craignait le retour de l'hémorrhagie. Le tampon qui obstruait la narine fut dès lors laissé en place et 48 heures après, la malade rassurée, se laissa examiner; la cloison présentait dans sa partie antéro-inférieure une petite dilatation vasculaire qui fut cautérisée à l'acide chromique.

Au point de vue pathogénique, il est intéressant de mentionner ce fait, accusé par la malade, c'est que le côté gauche de la face était souvent très congestionné, l'oreille était, en effet, très rouge et un peu épaissie ainsi que la joue; de plus, l'œil gauche était le siège de mouches volantes que ne présentait pas l'œil droit; il y avait donc une vaso-dilatation de tout le côté gauche de la face qui s'étendait évidemment à la muqueuse du nez.

M. X, âgé de 70 ans, artério-scléreux, a été atteint, il y a six mois, pour la première fois, d'une épitaxis si abondante qu'il a été considéré comme mort; il se remit d'un si grave accident, eut plusieurs autres petites alertes, mais à fin janvier le côté droit du nez, qui jusque-là avait été indemne, fut le siège d'une hémorrhagie assez abondante pour nécessiter un tamponnement antérieur.

Quand je vis le malade, il y avait six jours que le tampon était en place; il exhalait une odeur des plus fétides. La cloison nasale présentait, de chaque côté, au siège d'élection; une petite ampoule vasculaire sur le trajet d'un vaisseau nettement dessiné.

Avant de cautériser au galvano-cautère, le côté droit, j'appliquai très doucement un tampon d'ouate imbibé d'une solution de cocaïne; aussitôt, une hémorrhagie considérable se produisit; on voyait le sang sourdre sous forme d'un petit jet, de la cloison nasale.

Digitized by Google

Le galvano-cautère fut appliqué immédiatement sur le point lésé et l'épistaxis cessa ; par mesure de prudence un tamponnement antérieur fut mis en place.

Quand deux jours après, je voulus cautériser le côté gauche je ne pus distinguer ni l'ampoule, ni le vaisseau qui serpentait à la surface de la muqueuse ; il n'y avait donc pas lieu d'intervenir. La dilatation vasculaire n'était donc pas permanente mais était sous l'action des nerfs vaso dilatateurs.

L'hémorrhagie ne se reproduisit pas, ni d'un côté ni de l'autre.

Devant une épistaxis très grave, le praticien non outillé pour examiner le nez et cautériser le siège de l'hémorrhagie, court au plus pressé et avec raison et fait le tamponnement antérieur et postérieur à l'aide de la sonde de Belloc.

Je me souviens d'un tamponnement pratiqué il y a longtemps, dans de mauvaises conditions, où la sonde de Belloc me joua un mauvais tour que je tiens à signaler pour en mettre mes confrères à l'abri.

Appelé à l'improviste auprès d'un malade qui avait une hémorrhagie nasale extrêmement abondante, je crus devoir faire le tamponnement double. La sonde de Belloc, introduite dans la narine, passe sans trop de difficulté à travers la fosse nasale ; le ressort poussé émerge dans la bouche, mais quand je veux introduire le fil du tampon dans l'œil du ressort, le trou est bouché par un caillot sanguin et mon fil mouillé par le sang n'a pas assez de résistance pour repousser le caillot ; comme je n'avais rien sous la main, force fut de retirer au plus vite la sonde, de déboucher le trou du ressort, de doubler le fil et le tordre pour le rendre plus rigide et de replacer ma sonde. Cette fois, je pus enfiler le fil du tampon et pratiquer le tamponnement complet qui, du reste, réussit parfaitement.

La sonde de Belloc, qui date du siècle dernier, est un instrument des plus défectueux et est abandonnée avec raison par beaucoup de praticiens ; son diamètre exagéré ainsi que sa courbure font qu'elle ne peut pas franchir les fosses nasales de la plupart des malades ; de plus, la nécessité d'enfiler le fil du tampon dans un orifice fort étroit et placé au milieu de la bouche, quand le ressort est poussé à fond, rend son emploi assez difficile.

C'est pour obvier à ces divers inconvénients et éviter le désagrément que je viens de signaler, que j'ai fait construire une sonde à tamponnement dont le diamètre est très réduit, la courbure insignifiante, ce qui lui permet de franchir les fosses nasales les plus étroites ; le ressort de montre de la sonde de Belloc est remplacé par un simple fil d'acier portant une boucle à son extrémité, de sorte que le fil est accroché en un instant au lieu d'être enfilé ; le tamponnement double peut ainsi être fait *citò*, *tutò* et presque *jucunde*. — D' A. Courtade, *ancien assistant d'otologie et de laryngologie.*

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La zômothérapie *(de ζωμός, jus de viande).* — Tel est le nom donné par MM. Richet et Héricourt à l'emploi thérapeutique de la viande crue.

Expérimentalement, ils ont prouvé que, dans la tuberculose infectieuse, la mortalité n'est plus que de 50 0/0 au bout d'un an, tandis qu'elle est de 100 0/0 en quatre mois chez les animaux témoins. Leurs expériences, dont les premières datent de trois ans, ont porté sur 18 chiens témoins et 16 chiens alimentés avec la viande, ils sont arrivés aux résultats suivants *(Acad. méd. et Acad. sciences)* :

1° La viande cuite n'a pas les mêmes effets que la viande crue. Sur deux chiens soumis à l'alimentation par la viande cuite, un est mort, l'autre diminua en trois mois de 16 0/0 de son poids. Donc la cuisson détruit, en partie au moins, l'effet thérapeutique de la viande ;

2° Ils ont séparé la pulpe ou fibrine de la viande du plasma musculaire, pour étudier séparément les effets de l'une et de l'autre. Deux kilogrammes de viande de bœuf, hachés soigneusement, étaient additionnés d'un litre d'eau et laissés en contact avec l'eau pendant trois ou quatre heures. Puis, la masse était pressée de manière à donner environ 1.200 centimètres cubes d'un liquide, très rouge, se coagulant fortement par la chaleur. La pulpe indissoute était, pendant vingt quatre heures, exposée à un courant d'eau froide abondante, puis, au bout de vingt-quatre heures, pressée de nouveau. Ce produit est dénommé « viande lavée ». Or, il s'est trouvé que le plasma musculaire s'est montré seul véritablement actif. Par conséquent la partie active de la viande consiste dans les parties solubles dans l'eau ;

3° Même lorsque les animaux sont dans un état de détresse extrême, et, pour ainsi dire, en état de mort immanente par suite des progrès de l'infection tuberculeuse, la viande crue est capable de les ramener à la vie. Une expérience le prouve : Six chiens ont été infectés de tuberculose. Lorsque trois d'entre eux furent morts, il en restait trois qui étaient dans un état lamentable (au vingt-sixième jour). On donna à deux d'entre eux de la viande crue ; ils se rétablirent rapidement, et actuellement leur poids par rapport au poids final, supposé égal à 100, est de 122. Le sixième, non traité, mourut le trentième jour.

4° On ne peut supposer qu'il s'agit de *suralimentation*. C'est par un tout autre mécanisme que

Digitized by Google

s'exerce l'action du plasma musculaire. En effet, la proportion d'azote contenu dans 1000 grammes de ce plasma est de 5 gr. 30, dont 3 gr. 98 en azote nutritif (albuminoïde) et 1 gr. 32 en azote soluble dans l'alcool, soit environ 22 grammes de matières albuminoïdes, quantité très faible, qui n'explique pas la survie. Si c'était de la suralimentation, la viande cuite, ou la viande lavée auraient un effet plus complet que le plasma. Or, c'est le contraire qu'on observe. Il s'agit donc là d'une action immunisante analogue à celle des produits animaux injectés dans les veines ou sous la peau (opothérapies diverses et sérothérapie) ;

5° Il est possible, comme semblent l'indiquer quelques faits, d'une part que cette zômothérapie s'applique à d'autres affections de la tuberculose, d'autre part, que, même administrée prophylactiquement. elle empêche le développement de l'infection.

Continuant leurs recherches sur la thérapeutique de la tuberculose, MM. Richet et Héricourt *(Soc. biologie)* arrivèrent à cette conclusion expérimentale que toutes les injections de substances thérapeutiques ralentissent l'évolution de la tuberculose; ils ont expérimenté avec l'urate de soude, le lactate d'AzH^4, le cacodylate de soude, l'aristol, la créosote, le camphre, l'extrait de Liébig, $HgCl^2$, l'iode, la térébenthine, le plomb, le thallium, et constatèrent que les chiens traités par une substance quelconque ont, quelle que soit la nature de cette substance, une survie de 1/3. La conséquence qui en résulte est que les substances étrangères à l'organisme, pénétrant dans l'intimité des cellules, et spécialement, à ce qu'il semble, des cellules nerveuses, modifient l'affinité de ces cellules pour la tuberculine; autrement dit, toute substance étrangère diminue l'intoxicabilité des cellules à la tuberculine. Toute substance toxique, à dose non toxique, bien entendu, diminue la réceptivité aux tuberculines.

Le jus de viande *(zômothérapie)* est, à ce point de vue, d'une efficacité toute puissante.

De là, résulte cette conclusion, qu'il faut incessamment, dans le traitement de la tuberculose, changer la nature du traitement, chaque traitement nouveau apportant sa petite efficacité particulière. De là aussi cette conclusion qui a de l'importance dans la pathologie générale : c'est que les poisons microbiens agissent d'autant plus activement sur les cellules qu'elles ne sont pas chargées de substances thérapeutiques, plus ou moins homologues avec les poisons. C'est ce que l'on peut appeler la thérapeutique métatrophique, car on agit sur l'organisme en en modifiant la nutrition intime. — S. R.

Epilation par les rayons de Rœntgen. — L'exposition aux rayons de Rœntgen produit parfois des érythèmes et une chute de poils. Neville, Wood (Lancet, 7 janvier 1900), a utilisé ces propriétés pour l'épilation chez une femme de 22 ans, qui présentait un développement pileux considérable sur la face.

C'était une brune, de bonne santé. Sur la lèvre supérieure, il y avait des poils épais, noirs, longs de 1/4 de pouce. Au-devant des oreilles existaient des poils qui descendaient jusqu'à la partie inférieure des joues. Sur le menton, il y avait de nombreux poils noirs, épais, longs.

Le traitement consista en séances d'exposition aux rayons de Rœntgen, six fois par semaine, durant 10 minutes, la distance entre l'anticathode et la peau étant de 6 à 7 pouces. Le courant étant de 5 ampères, le nombre des interruptions de 250 à 300 par seconde.

Après quatorze séances, les poils noirs avaient déjà perdu leur brillant et étaient plus pâles et moins nombreux, leurs bulbes étatent atrophiés. Après 46 expositions du menton tous les poils étaient tombés sauf 9.

Huit mois après la cessation du traitement, le menton était absolument dépourvu de poils. Les joues, qui n'avaient subi qu'un nombre beaucoup moindre d'expositions, n'avaient perdu que temporairement leurs poils. Il faut environ une quarantaine de séances pour amener une alopécie définitive. — E. L. M.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les adénopathies chirurgicales tuberculeuses. — Les adénopathies tuberculeuses qui relèvent de la chirurgie sont celles qui intéressent les ganglions externes de l'organisme, ganglions du cou, ganglions de la racine des membres; en effet, les ganglions intra-thoraciques et intra-abdominaux n'ont été jusqu'ici l'objet d'aucune tentative opératoire. à l'exception cependant des ganglions iliaques.

Notre excellent ami, le Dr Bouvet, vient d'en faire une étude des plus intéressantes (*Th, Paris* 1900) ; il s'est surtout attaché à la pathogénie et au diagnostic.

Au point de vue pathogénique l'infection ganglionnaire ne peut se faire que par deux voies, lymphatique et sanguine. Dans la plupart des cas, c'est par la voie lymphatique que le bacille de Koch arrive aux ganglions, mais quel est son point d'entrée, quel est point de départ de l'infection ?

Le plus souvent, il s'agit d'une lésion bacillaire de la peau ou des muqueuses, d'une érosion, d'une

Digitized by Google

plaie accidentelle. Le bacille arrive au contact des mailles du derme, il est englobé par un leucocyte et entraîné par lui dans la circulation lymphatique qui l'amène au ganglion. La lésion initiale n'est pas toujours observée et le bacille peut très bien ne laisser aucune trace de son passage au niveau du point d'entrée. La réalité de ces adénopathies tuberculeuses primitives est bien démontrée par l'expérimentation ; Bouvet a pu les reproduire chez le cobaye.

La fréquence des ganglions tuberculeux du cou est bien connue ; l'explication en est simple car leur territoire lymphatique efférent dessert les cavités nasale, buccale et pharyngée, où les amygdales, les végétations adénoïdes, les caries dentaires, offrent au bacille de nombreuses portes d'entrée.

Il n'est pas rare de voir les adénites tuberculeuses coexister avec des tuberculoses osseuses ou ostéo articulaires, ce qui a permis de décrire une tuberculose adéno-osseuse. Le retentissement de la lésion osseuse sur le système lymphatique peut s'effectuer par l'envahissement des lymphatiques des os, admis par plusieurs anatomistes, ou par l'intermédiaire du périoste et des tissus environnants, pris secondairement.

Les dernières phases de l'infection ganglionnaire ne sont pas facile à saisir chez le cobaye ; la nécrose cellulaire, surtout due à l'action des toxines, masque les formations tuberculeuses vraies dont on ne peut constater que les ébauches. Il est rare que l'on rencontre chez l'homme la forme d'infiltration tuberculeuse observée chez le cobaye. Grâce sans doute à sa résistance plus grande, le ganglion humain tuberculeux présente des lésions moins diffuses et la forme histo-pathologique qu'il affecte le plus souvent est la tuberculose miliaire. Les formes caséeuse, suppurée, fibreuse représentent des évolutions ultérieures différentes de ce type primitif de tuberculose miliaire. Le lymphome tuberculeux lui-même, qui constitue une variété clinique d'allures spéciales, se rattache histologiquement à cette forme miliaire.

La propagation de l'infection tuberculeuse se fait de ganglion à ganglion avec une rapidité variable suivant la virulence du germe, la persistance du terrain. Le sens de l'infection est de préférence descendant, suivant le cours de la lymphe ; il est très souvent ascendant. Ce qui a fait considérer les adénopathies externes comme consécutives le plus souvent à des adénopathies médiastinales relevant d'une tuberculose pulmonaire ; mais, habituellement, les adénopathies chirurgicales reconnaissent pour point de départ une porte d'entrée externe.

L'infection lymphatique peut aboutir à l'infection sanguine et provoquer l'éclosion d'une tuberculose généralisée ; mais c'est une terminaison rare, la tuberculose ganglionnaire restant le plus souvent locale.

L'infection tuberculeuse ganglionnaire par la voie sanguine est très rare ; elle n'est établie que pour quelques cas de tuberculose héréditaire vraie et de tuberculose ganglionnaire aiguë évoluant en même temps qu'une granulie. Dans la tuberculose ganglionnaire miliaire, comme dans le symptôme tuberculeux, le rôle de l'infection sanguine n'est encore qu'hypothétique.

Le diagnostic des adénites tuberculeuses ne manque pas non plus d'intérêt. Comme Bouvet le fait remarquer, on n'aura guère l'occasion de les différencier des adénites aiguës. En effet, la tuberculose ganglionnaire n'affecte presque jamais la marche rapide qu'on observe dans les adénites aiguës ; leur début est lent, insidieux, apyrétique, indolent, alors que les adénites aiguës évoluent rapidement, avec de la fièvre et des douleurs. De plus, elles surviennent le plus souvent dans le cours ou au déclin d'une maladie infectieuse.

En somme, le diagnostic ne se pose qu'avec les adénites chroniques et les tumeurs des ganglions.

Les adénites chroniques simples peuvent être chroniques d'emblée ou bien succéder à une poussée aiguë. Ce dernier cas est représenté, notamment, par les engorgements qui suivent les accès de fièvre ganglionnaire.

Il est d'autant plus difficile de différencier les adénopathies tuberculeuses de la fièvre ganglionnaire que dans cette dernière la phase préparatoire manque fréquemment et que le ganglion peut être le siège d'une inflammation chronique d'emblée. De plus, le bacille tuberculeux peut venir se greffer secondairement sur une adénite banale antérieure.

Le diagnostic sera basé sur l'absence de poussées fébriles, au début, la coexistence d'autres lésions tuberculeuses, les caractères de la suppuration.

Quant à l'affection rare décrite par M. Ricard, en 1889, sous le nom d'adénopathie pseudo-tuberculeuse, Bouvet croit pouvoir l'identifier au lymphome tuberculeux étudié par MM. Berger et Bezançon.

L'adénopathie syphilitique est généralement facile à différencier de l'adénopathie tuberculeuse, à cause de la coexistence d'autres accidents spécifiques. Mais il est des cas complexes, où il y a association de la syphilis et de la tuberculose ganglionnaire et dans lesquels le diagnostic est difficile. Nous en avons observé un cas très intéressant à l'hôpital Saint-Saint-Louis et qui est rapporté dans la thèse de Bouvet.

Les adénites épithéliomateuses sont unilatérales, elles ont une dureté ligneuse, et provoquent parfois des symptômes de compression ; l'examen du malade permet le plus souvent de trouver leur cause première dans un néoplasme à siège variable. Leur diagnostic est donc facile dans la majorité des cas.

Digitized by Google

Les tumeurs primitives des ganglions sont d'une différenciation plus délicate. La lymphadénie aleucemique peut, à toutes les périodes, revêtir l'expression clinique des adénopathies tuberculeuses, à tel point que nombre d'auteurs admettent actuellement qu'il s'agit souvent de lymphadénomes, mais secondairement infectés par le bacille de Koch.

On s'est demandé si un néoplasme pouvait envahir un ganglion tuberculeux; la chose est possible et Bouvet rapporte une observation de transformation sarcomateuse d'une masse ganglionnaire déjà opérée comme adénopathie tuberculeuse et récidivée.

La malignité du sarcome primitif des ganglions, ses caractères cliniques, augmentation rapide de volume, formations précoces d'adhérences, généralisation, le feront facilement reconnaître.

La tuberculose ganglionnaire reproduit, quelquefois, au complet, le tableau clinique de la pseudo-leucémie, non seulement à sa première période d'hypertrophie ganglionnaire, mais encore à sa seconde période de généralisation fébrile et de cachexie terminale.

L'examen histologique et bactériologique, l'inoculation au cobaye donneront de précieuses indications quoique chacun d'eux n'ait pas une valeur diagnostique absolue.

En effet, l'examen histologique n'a de valeur que s'il est positif, car d'un examen négatif, on ne peut pas conclure à l'absence du bacille de Koch. Les mêmes réserves doivent être faites pour l'examen bactériologique et l'inoculation.

L'agglutination du bacille de Koch, constatée par MM. Arloing et Courmont serait un moyen de diagnostic très utile, si elle n'était souvent que très faible dans les tuberculoses chirurgicales et si elle n'avait été constatée chez des individus non tuberculeux cliniquement. — H. Milhiet.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La variole à Madagascar. — M. Hervieux. Il résulte des renseignements transmis par M. Brochet, médecin-major des troupes à Madagascar, que la variole est très répandue dans l'île, toutes les régions de l'île, qu'elle y fait un nombre considérable de victimes. Chaque année, elle y reparaît avec une intensité plus ou moins grande, mais sa sévérité est la même. Elle est donc une des causes de la dépopulation de la colonie.

Dans les conditions actuelles, il est fort difficile de combattre le fléau par la vaccination; car le vaccin, exporté de France ou de l'Indo-Chine perd sa virulence en raison de la longueur du voyage et de la chaleur; de plus, la race bovine indigène y semble réfractaire. Il n'en est pas de même des buffions sur lesquels le vaccin se développe. Il faut donc espérer que l'Institut vaccinogène, récemment créé à Madagascar, donnera des résultats satisfaisants avec ces animaux.

Traitement des grands prolapsus rectaux par l'excision de la muqueuse rectale. — M Delorme fait une communication qu'il termine par les conclusions suivantes :

L'ablation de la muqueuse rectale, réservée jusqu'ici au traitement des prolapsus purement muqueux, est également applicable aux prolapsus du deuxième groupe dans lequel toutes les tuniques de l'intestin participent à la chute rectale, qu'il y ait ou non invagination.

L'étendue de la portion muqueuse à exciser ne peut encore être précisée. L'expérience ultérieure nous fixera sur ce point d'un intérêt de premier ordre.

Il faut se garder de pratiquer des excisions trop grandes. Dans le prolapsus avec invagination, même volumineux, l'ablation de vingt à trente centimètres paraît suffire. Peut-être pourra-t-on la réduire.

L'opération, qui consiste en une dissection longue, minutieuse, dans un champ opératoire étendu et souillé par une rosée sanguine assez abondante, est délicate.

Il serait bon de l'entreprendre qu'après s'être exercé, au préalable, à la cure radicale des hémorroïdes par l'ablation circulaire de la muqueuse anale.

Le traitement consécutif a une importance de premier ordre. Un traitement consécutif mal dirigé, trop peu sévère, compromis par un malade indocile, peut atténuer ou annihiler le résultat de l'opération la mieux faite, exposer à l'infection du champ opératoire, à celle du péritoine, aux cicatrices vicieuses, aux rétrécissements du rectum.

Immobiliser la région anale jusqu'à production d'une cicatrice solide, tel est le but à poursuivre. Il ne doit pas être perdu de vue un seul instant.

L'opium, un pansement unique, occlusif et bien contentif, la ligature des genoux qui s'oppose aux dangereux mouvements d'abduction des membres inférieurs, une diète très rigoureuse d'abord, une alimentation aussi réduite que possible imposée jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie, une déconstipation prudente, la marche tardive, tels sont les moyens qui paraissent les mieux indiqués pour consolider la guérison.

Un ensemble de faits importants peut seul permettre d'apprécier la valeur exacte de cette opération paradoxale en apparence, rationnelle en réalité et plus simple que maintes des interventions qui lui sont opposables.

Cette même expérience ultérieure nous fixera sur les indications et contre-indications de cette méthode, nous dira si elle peut se suffire à elle-même ou si elle doit réclamer un appoint des procédés anciens.

Elle est indiquée surtout chez l'adulte et l'enfant chez lesquels les tissus présentent des conditions d'adhésion

Digitized by Google

particulièrement favorables, lorsque le périnée est solide, les sphincters résistants, l'anus peu dilaté.

Statistique de l'alcoolisme. — L'Académie émet le vœu, sur la proposition de M. Fernet, que l'alcoolisme soit inscrit dans les statistiques municipales hebdomaires, parmi les causes de décès.

Elections de trois associés étrangers. — Sont nommés : MM. Bang, de Copenhague ; Stokvis, d'Amsterdam ; Fischer, de Berlin. *(8 mai.)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Méningite typhoïdique terminée par la guérison. — M. Troisier. On ne doute plus aujourd'hui de la curabilité des accidents méningitiques qui peuvent survenir dans le cours des maladies infectieuses. En voici un nouvel exemple, chez une femme de vingt-quatre ans, parvenue au 24e jour d'une fièvre typhoïde adynamique, dans le cours de laquelle il ne s'était produit aucun phénomène nerveux grave, à l'exception d'une céphalalgie assez intense et continue, apparaissent soudainement, en pleine défervescence, des symptômes dont la réunion constitue le syndrome méningitique (céphalée violente, raideur de la nuque, vomissements bilieux, irréguliarités du pouls, constipation.) Ces symptômes persistèrent pendant 4 jours sans fièvre ; la malade était dans un état de torpeur accompagné d'un peu d'agitation et même d'un léger délire pendant la nuit ; puis ils s'améliorèrent progressivement. Le 13e jour, disparition complète de tous les accidents méningés, coïncidant avec l'apparition d'une phlébite de la crurale gauche, qui fut elle-même remplacée 3 semaines plus tard pour une phlébite de la crurale droite, puis guérison définitive. Il n'existait chez cette malade aucun stigmate hystérique.

M. Troisier admet que tous les accidents cérébraux étaient sous la dépendance, non de méningisme, mais d'une méningite infectieuse, atténuée, déterminée par le bacille d'Eberth ou par quelque infection secondaire. La coïncidance d'une phlébite double plaide, en effet en faveur d'une infection sanguine généralisée.

Nous savons, en effet, que ces méningites infectieuses peuvent n'être anatomiquement caractérisées que par un minimum de lésions. Ce sont les lésions congestives et œdémateuses qui dominent et la méningite peut être dite sero-fibrineuse. On conçoit qu'elle puisse ainsi guérir, en ne laissant après elle que fort peu de vestiges de son existence.

Dysenterie hypertoxique. — M. Quelmé. J'ai eu l'occasion, l'été dernier, d'observer dans le Finistère, une épidémie fort meurtrière de dysenterie. La mortalité globale a atteint 43 pour 100. Mes observations, au nombre de 97, se divisent en trois catégories : 22 cas bénins qui ont tous guéri ; 43 cas graves dont 11 terminés par la mort ; 32 cas, tous mortels, se rapportant à une forme spéciale de dysenterie. Je propose de la désigner sous le nom de dysenterie hypertoxique, pour bien mettre en vedette le profond empoisonnement que subit l'organisme : les symptômes intestinaux sont relativement peu marqués, mais les manifestations générales sont très graves et entraînent la mort en trois ou quatre jours.

Des échantillons de matières fécales, provenant de cinq individus atteints de formes graves ou toxiques, ont été envoyés à Paris, à M. Roger, et ont été étudiés au point de vue bactériologique. M. Roger a décelé dans tous les cas un seul microbe pathogène. C'est un bacille ayant tous les caractères du colibacille, mais remarquable par sa virulence et par l'activité des toxines qu'il sécrète. Ce qui tend à prouver que ce microbe est bien l'agent de la dysenterie, c'est qu'il existe un rapport très net entre son action sur les animaux et l'évolution de la maladie chez l'homme.

Les recherches expérimentales ont encore permis d'expliquer le mécanisme des accidents présentés par les malades. Avec les colibacilles de la dysenterie, M. Roger a pu obtenir une toxine tellement active que la dose de quatre gouttes, injectée dans les veines d'un lapin, fait périr cet animal en quelques heures. La toxine provoque de la diarrhée, si l'échantillon de colibacille dysentérique est relativement peu actif. Si l'on emploie un virus exalté par des passages sur les animaux, la diarrhée fait défaut : les animaux meurent intoxiqués, comme nos malades, chez lesquels la diarrhée est souvent peu marquée. M. Roger a encore reconnu que de petites doses de toxine provoquent une élévation de température. tandis que des doses élevées amènent un abaissement. De même, en clinique, la fièvre semble constituer une réaction heureuse ; dans les cas très graves, la température tombe au-dessous de la normale.

En nous appuyant sur les expérimentations fournies par la clinique et l'expérimentation, nous pouvons conclure que, dans certains cas, la dysenterie de nos pays peut revêtir une forme hypertoxique. Le colibacille de la dysenterie sécrète des toxines extrêmement énergiques, dont l'action explique tous les accidents relevés chez les malades.

Deux formes anormales de crises gastriques du tabes. — M. Touche rapporte deux observations de tabes chez des femmes ; l'affection a débuté chez l'une sous la forme de vomissements incoercibles au cours d'une grossesse, chez l'autre par les vomissements au début des périodes menstruelles. Ces troubles furent d'abord les seuls symptômes de l'ataxie locomotrice ; ce ne fût que plus tard qu'apparurent les douleurs fulgurantes et les phénomènes locomoteurs du tabes.

M. Dupré rapporte l'observation d'une femme atteinte en même temps de maladie de Basedow, de sclérodermie et de tétanie depuis plusieurs années. *(4 mai.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Plaie du cœur. Suture du ventricule gauche. Guérison. M. Fontan (de Toulon).

Observation. — Le 1er janvier 1900, à 6 heures du matin, on apporte à la clinique chirurgicale (hôpital principal de la marine

Digitized by Google

à Toulon), un soldat qui porte plusieurs blessures à la poitrine. Le billet d'entrée porte la mention suivante : « Ce militaire, morphinomane, a tenté de se suicider en se portant six coups de ciseaux dans la région du cœur. — Envoyé d'urgence à l'hôpital. »

La blessure a été produite à 2 heures du matin. C'est à 8 heures que je l'examine et vers 8 heures et demie que j'interviens.

Six coups de ciseaux (ciseaux de couturière ayant une lame piquante, et que je n'ai pas pu me faire présenter), six coups de ciseaux ont formé six plaies entre la 3e et la 7e côte dans la région précordiale. Autour de la plus élevée, dans la région pectorale, emphysème sous-cutané manifeste. Autour des deux inférieures, qui sont à 3 et à 5 centimètres au-dessous du mamelon, et un peu en dedans, existe une voussure fluctuante formée de caillots entassés sous la peau, et, en déplaçant les caillots par pression, il se produit de la traumatopnée.

En percutant le malade, on perçoit dans le côté gauche de la sonorité exagérée en avant (pneumothorax) et de la matité en arrière (hémothorax). En faisant asseoir le blessé, les plaies inférieures versent un flot de sang qui était accumulé dans la plèvre.

Etat général très précaire. Angoisse respiratoire. Pouls filiforme. Température 36°6. Un crachat sanglant. Bruits du cœur étouffés, éloignés, inégaux, sans bruit de moulin. Pouls filiforme à 130.

Le diagnostic positif est : hémothorax avec hémorragie probablement persistante ; plaie pénétrante de la plèvre et du poumon ; peut-être blessure du cœur et du diaphragme.

Sous nos yeux, le blessé a quelques vomissements sans caractère, et une syncope.

Chloroformisation prudente et sans accident.

Je pratique rapidement un grand volet, comprenant les 4e, 5e et 6e côtes, le centre du volet correspondant au mamelon, le bord inférieur correspondant à la plaie inférieure (dans le 6e espace), le bord interne se trouvant à peine en dedans de la ligne des articulations chondrocostales. La section est faite en pleins cartilages avec le bistouri.

A la base du lambeau, sur la ligne axillaire, la côte supérieure et l'inférieure sont sectionnées avec la cisaille, l'intermédiaire est fracturée à la main.

Le lambeau renversé dans l'aisselle, on trouve d'abord la plèvre remplie de sang noir en partie coagulé ; tout ce sang est évacué ; le poumon est affaissé vers la gouttière vertébrale. On aperçoit alors : 1° une plaie sur le diaphragme ; mais cette plaie ne paraît ni pénétrer dans le ventre, ni donner lieu à une hémorrhagie importante ; 2° une plaie sur le bord antérieur du poumon, avec issue de sang en ce point et bouillonnement d'air ; on la saisit et on l'obture avec deux ou trois pinces ; 3° une plaie de un centimètre sur le péricarde, par laquelle le sang s'échappe et tombe dans la plèvre.

Je fends aussitôt le péricarde avec des ciseaux dans une hauteur de 4 centimètres, et j'en fixe les bords avec des pinces repères. Je trouve alors le péricarde plein de sang, et le doigt explorant le cœur y reconnaît une plaie sur le ventricule gauche à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la pointe. Nettoyée et mieux exposée, la plaie mesure 12 millimètres de long ; elle est transversale et donne à chaque systole un jet de sang rutilant.

Un stylet qu'on y insinue doucement pénètre librement à une profondeur de 7 centimètres.

Je sais aussitôt avec une pince à griffe la commissure interne de la plaie ; et j'y jette avec promptitude, mais avec de grandes difficultés, à cause des mouvements violents du cœur, un premier point de catgut avec une aiguille d'Hagedorn moyenne. Ce point étant noué, le bout libre sert de moyen de fixation, je pourrais dire de suspension, et me guide pour le passage de deux autres points en surjet, allant de dedans en dehors et aussi d'avant en arrière, la plaie étant sur une face fuyante. A ce moment, l'hémorrhagie est bien arrêtée. Néanmoins, je place encore deux points en retour, avec le même fil continu, de façon à former un deuxième surjet, croisant le premier. Le chef terminal est ensuite noué avec le chef initial.

Cette suture a été très prompte, pas trop difficile, le premier point seulement ayant présenté de grandes difficultés, que j'analyserai plus tard et qui tiennent autant aux mouvements respiratoires qu'aux battements du cœur. Disons seulement pour le moment que la piqûre du cœur est beaucoup plus facile à faire en diastole.

Autant que possible mes fils n'ont pas traversé la totalité du muscle cardiaque.

Nettoyage avec les doigts, puis avec l'eau bouillie de la cavité du péricarde. Suture au catgut de la plaie péricardique, ainsi que de la plaie pulmonaire. Nettoyage de la plèvre : il n'y a plus aucune source de sang.

Fixation du volet costal par des crins de Florence à l'aplomb de chaque côté ; puis réunion total de la paroi sans aucun drainage.

Le pouls est petit ; la température basse et la pâleur extrême ; l'auscultation du cœur avec le phonendoscope donne des bruits nets, bien cadencés, 40 respirations à la minute.

Injection de 750 grammes de sérum dans la matinée ; le malade se plaint de froid ; le réchauffement se produit à 2 heures. Température 37°9.

Deux centigrammes de morphine en injection dans la journée

Le 2 janvier, le pouls est large, plein, régulier à 112.

Les urines sont abondantes et claires ; température, 38 degrés ; sensorium intact ; voix pleine, assurée.

Les jours suivants tout va bien ; on continue l'usage du thé punché, du perchlorure de fer, de la morphine.

Le 10 janvier, les plaies sont entièrement réunies par première intention. L'auscultation faite avec soin permet de constater un fonctionnement absolument normal du cœur, sans trace de péricardite ; le pneumothorax se résorbe ; il existe une petite zone d'épanchement probablement coagulé à la base de la plèvre.

Le 1er février, cet épanchement a disparu ; le blessé marche ressentant seulement un peu d'anhélation en montant les escaliers ; il a repris assez bonne mine.

Le 28 février, il part en congé, ne présentant plus aucun trouble lié à ses blessures.

Cette observation, qui peut être rapprochée de quelques autres déjà publiées, serait, si je ne me trompe, le troisième cas de guérison après suture d'une plaie du cœur. Indépendamment de l'intérêt qu'il y a toujours à enregistrer des faits nouveaux dans un groupe encore très peu nombreux, il me paraît qu'il y a une réelle importance à mettre en relief, à propos de cet exemple, quelques considérations qui peuvent être utiles au chirurgien dans une semblable conjoncture.

Digitized by Google

Le *premier point* à étudier, c'est l'*indication* d'intervenir. Mais il y a là une lacune difficile à combler : le diagnostic des plaies du cœur sera le plus souvent impossible à poser, de sorte que l'indication d'opérer ne sera pas basée sur la constatation d'une plaie de cet organe, mais seulement d'une plaie pénétrante de la poitrine avec hémorrhagie grave.

Je suis de ceux qui pensent que l'hémothorax important, surtout s'il est compliqué de pneumothorax entraîne une intervention. La pleurésie infectieuse sera ainsi prévenue; la source de l'hémorrhagie pourra être étanchée, si elle est persistante ; enfin les chances de guérison augmentent beaucoup, sans faire courir au malade de danger sérieux.

Or, si l'on accepte cette règle de conduite, il faudra être prêt, dans les blessures de la région précordiale, à faire l'exploration et les sutures du péricarde et du cœur. Je formulerai donc la proposition suivante : *toute plaie pénétrante de la région précordiale avec hémorrhagie* fournit une indication de faire une *thoracotomie exploratrice, large, avec rolet*, et d'exécuter par suite sans hésiter toutes les manœuvres, ligatures, sutures, etc., que les lésions découvertes exigeront. J'ajoute que ce parti doit être pris sur l'heure, ce genre de blessure pouvant entraîner la mort d'un moment à l'autre. Chez mon blessé, l'opération a été pratiquée sept heures après la blessure. Chez un autre blessé dont j'ai vu l'agonie, sans avoir rien tenté, il y a une vingtaine d'années, et dont j'ai pratiqué l'autopsie, une blessure du ventricule gauche avait laissé neuf heures de survie ; j'aurais eu, si j'en avais eu l'audace, plus de trois heures devant moi pour agir.

Le *second point* à signaler réside dans les difficultés de technique que les *mouvements du cœur* apportent à l'exécution de la suture. Il ne s'agit pas seulement ici des contractions propres du cœur, de son recul, de sa torsion, etc., etc.

Outre ces mouvements physiologiques dont d'autres chirurgiens se sont préoccupés, j'ai constaté surtout d'autres mouvements très gênants et qui sont dus à la respiration.

J'agissais au milieu d'un pneumothorax brusque et total et ce seront les conditions ordinaires d'une semblable intervention, car il me paraît difficile d'explorer complètement le cœur et le péricarde à travers le médiastin antérieur, en supposant même que la plaie n'ait pas été ouverte par l'instrument vulnérant. Or, quand le pneumothorax se produit, le diaphragme se livre à des mouvements désordonnés d'inspiration qui secouent violemment le cœur de haut en bas. Pendant l'expiration, le coeur devient presque inaccessible, étant refoulé en haut et profondément vers le poumon rétracté. Il faut donc le saisir pendant l'inspiration ; de plus, c'est en diastole qu'il est plus facile de piquer cet organe si mobile. On comprend très bien que, dans ce désordre fonctionnel, la suture soit vraiment laborieuse.

Le premier point est d'ailleurs le plus difficile à passer; une fois passé et noué, le chef initial sert de fixateur et de guide pour passer d'autres points. Je trouve la suture en surjet plus commode et plus rapide que toute autre.

J'ai dit que les fils ne doivent pas pénétrer dans la cavité cardiaque, afin d'éviter toute chance de coagulation.

Traitement des prolapsus rectaux. M. Delorme (voir le compte-rendu de l'Académie).

Kyste hydatique du foie. — M. Schwartz présente un malade opéré de kyste hydatique du foie (face inférieure) par l'incision, la suture et la réduction du kyste, guérison depuis 4 mois. — *(9 mai)*.

BIBLIOGRAPHIE

Les agnosies, la cécité psychique en particulier, par le Dr V. Nodet, 1 vol., chez Alcan, éditeur.

Munk, pour la première fois, employa et définit les termes de cécité corticale et de cécité psychique : la cécité corticale totale est la disparition persistante de toute impression et de toute représentation visuelle, la cécité psychique est la perte transitoire ou durable des représentations visuelles ainsi que des souvenirs-images acquis par les perceptions visuelles antérieures.

L'auteur a eu l'occasion de l'étudier dans le service de M. Lépine et il présente dans ce livre le résumé de ses observations en les reliant aux observations et expériences antérieures.

Après avoir défini les termes : reconnaissance et identification, il présente l'historique de la question, et traite successivement des phénomènes visuels, des phénomènes psychiques dans la cécité psychique, puis des agnosies et de l'agnosie générale et des lésions des agnosies. La relation de 66 observations et une bibliographie complète du sujet terminent cet intéressant travail.

La syphilis et les maladies vénériennes, par le professeur Finger, de Vienne. *Deuxième édition française*, traduite d'après la quatrième édition allemande, avec une *introduction* et des *notes* par MM. Doyon et Spillmann. 1 fort vol. gr. in-8° avec 6 planches en couleurs hors texte, 12 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Sous une forme concise, ce traité résume, d'une façon claire et nette, les données actuelles sur les maladies vénériennes et syphilitiques. Les lecteurs y trouveront un exposé des doctrines de l'école viennoise et un tableau complet de tous les traitements actuellement appliqués, soit à la blennorrhagie et au chancre simple, soit à la syphilis. A ce titre, cet ouvrage ne peut être qu'utile aux praticiens et aux étudiants qui y trouveront un guide précieux pour l'étude et le traitement de ces diverses maladies. La dernière partie de cet ouvrage est consacrée aux affections oculaires qui relèvent de la blennorrhagie ou de la syphilis.

Le succès de ce livre a été grand en Allemagne ; il n'a pas été moins vif en France, où il a rapidement atteint sa seconde édition. La traduction qu'en publient aujourd'hui les Drs Doyon et Spillmann a été remaniée ; elle comporte un grand nombre de notes relatives aux travaux de l'école française.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 267, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du psoriasis par les grands bains à l'huile de cade

par MM. BALZER, *médecin de l'hôpital Saint-Louis* et A. MONSSEAUX, *interne des hôpitaux de Paris*

Parmi les différentes médications externes que l'on a opposées au psoriasis, aucune n'a donné et ne donne encore de résultats supérieurs à ceux que l'on obtient avec le goudron, le plus souvent employé sous la forme d'*huile de cade*. Cette substance provient de la distillation du génévrier oxycèdre; elle est brunâtre, de consistance huileuse, d'odeur forte, résineuse, empyreumatique; malheureusement, elle est souvent fraudée, soit qu'on lui substitue le produit de la distillation d'autres espèces de bois, soit qu'on y ajoute du goudron de houille ou coaltar; dans ce dernier cas, elle fournit à la distillation une certaine quantité d'acide phénique et de naphtaline.

Les propriétés que possède l'huile de cade et qui lui ont mérité sa réputation sont de deux ordres : propriétés parasiticides, et propriétés résolutives (1), ces dernières résultant des modifications toutes spéciales qu'elle imprime à la peau malade.

L'huile de cade est relativement peu employée, en dehors de la pratique hospitalière : son odeur pénétrante la rend intolérable à beaucoup de personnes; elle tache le linge et les pièces de literie. Ce sont surtout les conditions de son application qui sont difficilement acceptées par les malades : Ceux-ci sont condamnés à être enduits d'huile pure ou étendue de glycérolé d'amidon et à macérer pendant plusieurs semaines dans des draps de lit, du linge, des vêtements imbibées d'huile et que l'on doit rarement renouveler. Ce traitement, très assujettissant, « séquestre le malade et le condamne à un état sordide véritablement repoussant; cette macération est insupportable, partout ailleurs, qu'à l'hôpital ». (A. Fournier). (2)

Or, comme le fait remarquer M. Besnier (3) « la majorité des psoriasiques se compose de sujets valides que l'on peut et que l'on doit traiter sans les soustraire à la vie courante... Leur traitement doit être ambulatoire ». Et ce traitement ambulatoire est presque impossible avec les méthodes actuelles. Pour remédier à ces inconvénients, M. Gaucher emploie depuis quelque temps un collodion à l'huile de cade, qui ne tache pas le linge et ne possède pas d'odeur désagréable (4). On peut employer aussi avec succès les vernis à la caséine et à l'huile de cade, suivant les formules de Unna et de Darier.

Nous avons eu l'idée de traiter des malades par de grands bains quotidiens, auxquels serait ajoutée une certaine quantité d'huile de cade.

Les grands bains sont utilisés depuis longtemps dans le traitement du psoriasis; Hebra, puis Kaposi les ont érigés en méthode de traitement en faisant prendre chaque jour au malade des bains prolongés d'une durée de trois à six heures, l'eau agissant, soit comme agent de macération de l'épiderme, soit comme véhicule pour certains remèdes. On a même préconisé le bain de goudron : « Il consiste à frictionner avec du savon le malade dans le bain; immédiatement après, on fait une onction sur tous les points psoriasiques avec le goudron; on remet le malade dans le bain où il doit rester 4 à 6 heures. En dernier lieu, le malade, après s'être lavé et séché, est ensuite soumis à une autre médication. » (Kaposi) (1).

Le technique dont nous nous sommes servis diffère notablement de celle que préconise Kaposi.

Nous avons fait usage d'huile de cade, au lieu de goudron, mais surtout, nous avons incorporé celle-ci à l'eau du bain lui même, en l'émulsionnant au préalable avec une solution aqueuse de savon noir. Enfin, nous n'avons pas imposé aux malades le bain de plusieurs heures; la durée d'un bain ordinaire, une demi-heure ou trois quarts d'heure, telle a été la limite qui a été rarement dépassée.

Les formules dont nous avons fait usage sont les suivantes :

Savon noir.....	100 gr.
Eau.....	200 —

A cette émulsion, on ajoute l'huile de cade dans les proportions suivantes :

Huile de cade.....	100 gr.
Emulsion de savon..	q. s. pour 250 cm. cubes

Cette quantité représente la dose pour un bain; chaque bain contient donc 100 gr. d'huile de cade. Nous nous étions servis au début de nos essais d'une dose plus élevée, mais devant certains inconvénients nous avons été obligés d'y renoncer.

L'émulsion cadique doit être fortement agitée avant d'être mélangée à l'eau du bain; en effet, par le repos, elle se divise en deux couches et l'huile se sépare du savon. Enfin, il faut éviter de verser le contenu de la bouteille dans l'eau du bain tout préparé : le mélange serait trop imparfait et l'on verrait alors de grosses gouttelettes d'huile surnager à la su-

(1) O. RAMOND : De l'emploi d'un collodion à l'huile de cade dans les affections de la peau. — *Thèse de Paris*, 1898.

(2) A. FOURNIER, *Gazette des Hôpitaux*, 1879.

(3) E. BESNIER, in. Traité de thérapeutique appliquée de A. Robin. — Spécialités. — Maladies de la peau. — 1re partie p. 311.

(4) GAUCHER, Soc. de Dermatologie, 12 novembre 1896.

(1) KAPOSI, Pathologie et traitement des maladies de la peau, traduction Besnier et Doyon. 2e édition 1891. Tome Ier.

Digitized by Google

face de l'eau. Il faut verser d'abord l'émulsion dans la baignoire et faire ensuite progressivement arriver l'eau ; ou mieux encore, préparer d'abord le mélange dans un seau d'eau chaude, en agitant fortement le liquide.

Chaque bain était enfin précédé d'un savonnage énergique au savon noir pour détacher autant que possible les squames, et ordinairement suivi d'une lotion à l'eau pure, débarrassant le malade de l'excédent d'huile.

Nos expériences ont porté, indistinctement sur tous les psoriasiques entrés dans notre service pendant environ trois mois; nous n'avons fait d'exception que pour un diabétique et pour un autre malade atteint d'un ulcère variqueux très étendu. Les cas traités sont au nombre de treize.

Parmi ces cas, il faut établir une distinction : Certains malades ont été traités exclusivement par les bains quotidiens; chez les autres, nous avons ajouté aux bains plus ou moins rapprochés les frictions et l'enveloppement à l'huile de cade, soit dès le début, soit à la fin, pour hâter la guérison.

Obs. — I. M..., 38 ans, matelot, entre salle Hillairet, le 27 octobre 1898. Psoriasis datant de cinq ans. Soigné à différentes reprises, au Havre, à Bordeaux, par les bains sulfureux et la pommade chrysophanique, puis à l'hôpital Saint-Louis, il y a dix-huit mois, par le glycérolé cadique; chaque fois, il s'est à peu près guéri, mais l'éruption ne tarde pas à reparaître. — A son entrée, il présente des plaques psoriasiques très étendues et presque confluentes, généralisées à toute la surface cutanée, mais prédominant aux membres inférieurs.

Le 2 novembre, bain d'une heure contenant 200 grammes d'huile de cade, et qui est très bien supporté. Mais une fois revenu dans son lit, *le malade fut pris d'un tremblement intense, généralisé, sans frissons, ni fièvre, et qui dura environ une heure.*

Le 4 novembre, second bain ne contenant plus que 150 gr. d'huile de cade. A la sortie le malade eut encore un *léger tremblement* qui ne dura que quelques minutes.

On continue tous les 2 jours les bains, mais en n'y ajoutant que 100 grammes d'huile de cade, et on ne constate plus aucun phénomène anormal.

Sous l'influence des bains, les squames disparaissent très rapidement sur le tronc et les membres supérieurs, un peu moins aux membres inférieurs où elles étaient plus étendues et plus épaisses; les papules sous-jacentes s'affaissent en pâlissant. A partir du 18 novembre, le malade ne prend plus que deux bains par semaine; il ne présente plus à ce moment que quelques papules très atténuées à la face dorsale des pieds. Il sort le 22 novembre, à peu près complètement guéri.

Obs. II. — R... Joséphine, 57 ans, journalière, entrée salle Lorry le 20 octobre 1898. Psoriasis datant de six ans. Soignée déjà deux fois par les enveloppements à l'huile de cade, et guérie la première fois en cinq semaines, la seconde en un mois. Actuellement, psoriasis généralisé aux membres, au thorax, au ventre, au visage, en larges placards.

Le 5 novembre, premier bain contenant 150 grammes d'huile de cade; durée du bain : vingt minutes. A la sortie, la malade est *fatiguée, énervée avec tendance à la syncope.* Bains tous les deux jours, ne contenant plus que 100 grammes d'huile de cade; la malade n'éprouve plus la moindre indisposition. Dans l'intervalle des bains, enveloppements dans l'huile de cade. Le 23 novembre, les lésions ont à peu près complètement disparu; la malade sort guérie le 30 novembre.

Obs. III. — B... Marie, 42 ans, femme de ménage, entrée salle Lorry le 2 novembre 1898. Psoriasis datant de huit ans. Actuellement, larges plaques couvrant la plus grande partie de la surface cutanée, face, tronc, membres. Premier bain le 6 novembre, puis bains bi-quotidiens renfermant 100 grammes d'huile de cade; aucun malaise pendant ou après le bain. Dans l'intervalle, enveloppements dans l'huile de cade. Sortie guérie le 30 novembre.

Obs. IV. — Ph... Victor, 29 ans, journalier, entré salle Hillairet le 17 novembre 1898. Psoriasis datant de cinq ans. Actuellement, placard irrité de la dimension de la main, sur la fesse droite; papules squameuses assez confluentes aux membres, plus espacées sur le tronc, toutes sont entourées d'une zone rouge, manifestement irritée. Pendant quelques jours, onctions à la vaseline, puis bains simples. Le 29 novembre, premier bain contenant 100 grammes d'huile de cade. Après la sortie du bain, *tremblement généralisé, durant un quart d'heure, sans fièvre ni frissons.* On continue néanmoins les bains tous les deux jours, sans plus rien observer de semblable; amélioration rapide, sauf sur le placard de la fesse que l'on recouvre d'emplâtre à l'huile de cade; on termine le traitement par les enveloppements cadiques. Sort guérie le 28 décembre.

Obs. V. — L... Louise, 17 ans, couturière, entrée salle Lorry le 25 novembre. Syphilis récente; plaques muqueuses à la bouche et à la vulve. Syphilide pigmentaire au cou. Sur le corps, mélange de syphilides papuleuses et de plaques psoriasiques. La malade est soumise au seul traitement mercuriel. Le 8 février, on commence les bains bi-quotidiens, joints à l'enveloppement dans l'huile de cade. Sort guérie le 1er février.

Obs. VI. — Le B... Jean, 32 ans, garçon de salle, entré salle Hillairet le 21 décembre 1898. Psoriasis datant de six ans, déjà guéri deux fois par le glycérolé cadique. Actuellement, gouttes et larges placards confluents, répartis sur tout le corps, en particulier aux membres inférieurs. Bains bi-quotidiens d'une demi-heure, contenant 100 grammes d'huile de cade. Le 27 décembre, à la suite d'un bain d'une heure, le malade est atteint pendant quelques moment d'oppression et d'étouffements.

Le 28 décembre, le bain ayant été trop rapproché de l'heure du repas, fut suivi de vomissements. Le 9 janvier, on commence les enveloppements cadiques. Sort guéri le 18 janvier.

Obs. VII. — Louis, 63 ans, peintre, entré salle Hillairet le 21 décembre 1898. Psoriasis datant de seize ans, traité déjà une douzaine de fois à l'hôpital. Actuellement, quelques placards sur le thorax et la face externe des jambes; papules squameuses sur le reste du corps, sauf à la figure. Bains quotidiens de 20 à 30 minutes; le 27 décembre, à la suite d'un bain de trois quarts d'heure, le malade est pris d'une sorte d'*étourdissement et d'une céphalée intense qui persiste le reste de la journée et toute la nuit;* on continue néanmoins les bains, et le 9 janvier, on commence les frictions à l'huile de cade. Sort le 20 janvier presque complètement guéri.

Digitized by Google

Obs. VIII. — G... Victor, 19 ans, boucher, entré salle Hillairet le 23 décembre 1898. Blennorrhagie datant d'un mois. Chancres syphilitiques multiples du fourreau. Psoriasis datant de trois ans. Nombreuses petites papules disséminées sur tout le corps. En plus du traitement mercuriel et balsamique, et malgré un érythème copahivique survenu au bout de quelques jours, bains quotidiens à l'huile de cade. Amélioration rapide. Sort le 20 janvier complètement guéri.

Obs. IX. — L... Gaston, terrassier, entré salle Hillairet le 5 janvier 1899. Psoriasis datant de dix ans ; larges placards localisés surtout aux membres supérieurs et inférieurs, plus rares sur le tronc. Bains quotidiens, suivis d'une friction à l'huile de cade. Sort guéri le 14 février.

Obs. X. — G... Auguste, 36 ans, charbonnier, entré salle Hillairet le 7 janvier 1899. Psoriasis datant d'un mois ; petites papules squameuses disséminées sur tout le corps. Le 18 janvier, premier bain à l'huile de cade, répété tous les deux jours, et associé aux frictions. Sort le 8 février complètement guéri.

Obs. XI. — Th... Henri, 27 ans, tapissier, entré salle Hillairet le 12 janvier 1899. Psoriasis datant de vingt ans, et déjà traité plusieurs fois : gouttes et placards disséminés en plusieurs régions et d'une façon symétrique, mais avec localisations atypiques aux plis de flexion (aisselle, région inguino-pubienne). Bains quotidiens à l'huile de cade, suivis d'une onction à la vaseline, et le soir d'une friction à l'huile de cade. Sort le 27 janvier, sur sa demande, et incomplètement guéri.

Obs. XII. — K... Maurice, 31 ans, fourreur, entré salle Hillairet le 19 janvier 1899. Psoriasis datant de sept ans. Larges placards et nombreuses papules aux membres et à l'abdomen. *Bains* à l'huile de cade deux fois par semaine, et frictions quotidiennes. Amélioration rapide, mais apparition de nouveaux placards à la région lombaire qui retardent la guérison ; le malade ne quitte l'hôpital que le 24 février.

Obs. XIII. — V... Louis, 37 ans, puisatier, entré salle Hillairet le 26 janvier 1899. Psoriasis en gouttes et en placards disséminés sur tout le tronc, et datant de dix ans. Bains trois fois par semaine, et frictions à l'huile de cade. Sorti guéri le 10 février.

De l'étude des observations précédentes, il ressort que toujours nous avons obtenu la guérison de nos malades, du moins la guérison apparente, comme on l'obtient avec les autres méthodes. Ce traitement par les bains que nous venons d'expérimenter, même employé seul, à l'exclusion de toute autre thérapeutique externe, nous a donné constamment d'excellents résultats et nous a semblé capable d'amener à lui seul la guérison. Toutefois, son action est moins rapide que celle qu'on obtient par les frictions et l'enveloppement dans un drap imbibé d'huile de cade.

Si, dans un certain nombre de cas, nous avons associé les deux méthodes. ce fut dans le but ou bien d'accélérer le traitement et par suite d'abréger le séjour à l'hôpital, ou bien d'achever la guérison lorsque les bains semblaient agir avec moins d'énergie.

Nous avons observé au cours de nos premiers essais, un certain nombre d'inconvénients ; c'étaient surtout des phénomènes d'ordre nerveux, et en particulier du tremblement ; ces accidents n'ont pas encore été signalés, croyons-nous, au cours du traitement cadique, et ne ressemblent en rien à l'intoxication par le goudron telle que l'a décrite Kaposi et qui semble d'ailleurs résulter de l'action des phénols contenus dans le goudron.

Peut-être les troubles que nous avons observés résultaient-ils de l'absorption d'une certaine quantité du médicament ; sans essayer de résoudre le problème encore discuté de l'absorption par la peau normale, nous pouvons dire que dans le psoriasis, la peau est altérée, souvent privée de son revêtement corné après le décapage, que les matières grasses cutanées qui normalement s'opposent à l'absorption étaient enlevées au préalable par le savonnage, et que, dans ces conditions, l'absorption par la peau et par la respiration d'une certaine quantité de goudron ne nous paraît nullement impossible. Nous avons alors cherché dans les urines si nous trouverions quelque trace des principes contenus dans l'huile de cade. M. Serre, interne en pharmacie du service, a bien voulu examiner un grand nombre d'échantillons des urines de nos malades, en particulier de celles provenant de la première miction après le bain ; il avait cru, au début, y déceler des traces de phénols, mais un examen plus attentif lui montra qu'il s'agissait tout simplement d'urobiline.

Il nous est donc difficile d'interpréter la pathogénie des accidents que nous avons observés ; nous les comprenons d'autant moins que les malades qui sont soumis aux enveloppements à l'huile de cade à des doses très élevées ne présentent rien de semblable, et semblent cependant à priori devoir absorber une bien plus grande quantité du médicament. Toujours est-il que ces accidents ont disparu lorsque nous avons diminué la dose d'huile de cade contenue dans les bains et ramené celle-ci à 100 grammes par bain.

Enfin, ces bains nous semblent pouvoir être employés dans la grande majorité des cas de psoriasis.

Nous répéterons, en terminant, que nous n'avons pas la prétention de préconiser un nouveau traitement du psoriasis . La vieille formule : on blanchit les psoriasiques, on ne les guérit pas, reste toujours vraie. Nous avons voulu simplement indiquer un traitement cadique commode, actif, supprimant l'odeur et les taches si désagréables de l'huile de cade, permettant en ville au malade de se traiter en continuant ses occupations. A l'hôpital, si ces bains ne sont pas toujours suffisants pour amener la guérison entière, ils contribuent à réduire à son strict minimum le temps pendant lequel le malade devra se soumettre aux frictions et aux enveloppements à l'huile de cade.

Nous croyons encore qu'ils pourront être utilement employés dans les stations thermales où l'on traite le psoriasis.

Digitized by Google

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Chancre simple

Par MM. Hallopeau, *médecin de l'Hôpital Saint-Louis* et Leredde, *chef de Laboratoire*.

Synon : *Chancre mou, Chancroïde, Chancrelle* (1).

Le chancre simple est une lésion ulcéreuse, d'origine vénérienne, due à un bacille décrit par Ducrey (1887).

Ce chancre a été longtemps rattaché à la vérole : on doit à Bassereau d'en avoir établi la nature non syphilitique, en démontrant sa réinoculabilité au porteur, et l'absence, à sa suite, de tout accident syphilitique. Plusieurs auteurs ont considéré ces lésions comme une lésion banale, une variété locale d'ecthyma, la présence d'un bacille bien différencié, la reproduction, au moyen du pus, de lésions toujours semblables à la lésion d'origine, permettent de considérer définitivement le chancre simple comme une affection spécifique.

Etiologie. — Tout chancre simple est consécutif à un chancre simple. La contagion se fait en général dans les rapports sexuels. Le chancre paraît après deux ou trois jours. Le bacille conserve sa virulence dans le pus, jusqu'à dessiccation complète. La contagion peut, exceptionnellement, se produire en dehors des actes vénériens. L'affection est rare dans les classes aisées. A l'hôpital, le chancre mou est d'observation beaucoup moins commune que le chancre syphilitique, mais sa fréquence est sujette à de grandes variations et augmente à la suite des grands mouvements de population (Mauriac), en particulier des expositions universelles.

Anatomie pathologique. — *Bacille de Ducrey.* — On obtient aisément ce bacille en raclant le fond d'un chancre à la période de début ou d'état ; il se colore par les couleurs d'aniline (méthodes de Kuhne, de M. Nicolle, thionine), mais se décolore par le Gram. Il a de 1-3 μ de long sur 0,3 0,5 μ de large ; ses extrémités sont arrondies. Lorsque la coloration n'est pas trop intense, la partie centrale est incolore, au moins dans le pus : dans les coupes, il se colore intégralement, est plus petit, et non arrondi à ses extrémités. Fréquemment, il se groupe en streptobacilles, formant de longues chaînettes : il n'est pas rare de voir plusieurs chaînettes groupées parallèlement les unes aux autres. Ce bacille se retrouve dans les lésions phagédéniques (Unna). La culture de ce bacille a été obtenue récemment par Lenglet.

Les lésions du chancre mou ont été étudiées par un grand nombre d'auteurs, surtout par Cornil, Ch. Nicolle, Unna (2). On constate, au niveau du point d'inoculation, un amas de globules blancs, où on retrouve les bacilles. Cet amas grandit et envoie des traînées cellulaires dans le derme. Les cellules du corps muqueux subissent la transformation cavitaire; des cellules lymphatiques envahissent les cavités, et l'ulcération se produit.

Le fond de celle-ci est tapissé de globules blancs, de globules rouges et de fibrine ; on y trouve des capillaires à parois minces, entourés de leucocytes ; les cellules endothéliales prolifèrent ; les fibres élastiques sont détruites.

L'extension en surface se fait sur une grande distance : l'épiderme s'exfolie, les bords se décollent.

A cette période, se trouvent partout des bacilles libres ou englobés dans des cellules. Au moment de la réparation la phagocytose est évidente ; des néocapillaires se forment, entourés de cellules mononucléaires. (Ch. Nicolle). La réapparition des papilles est tardive.

A toutes les périodes, on trouve dans les lésions un grand nombre de mastzellen. Unna décrit au-dessous de l'ulcération un véritable plasmome (amas de plasmazellen), qui se forme dès le début du chancre.

Quelle est l'origine du bubon ? Parfois le bacille de Ducrey existe dans le pus de l'abcès, lorsqu'on vient à l'ouvrir; plus souvent il y manque, et l'on n'y constate que des microbes d'infection secondaire, ou aucun microbe. On peut admettre dans ce cas que le bacille a été tué par la suppuration qu'il déterminait ou que les lymphatiques ont transmis dans les ganglions, non le bacille spécifique, mais de vulgaires microbes pyogènes (H.).

Du reste, le pus, alors même qu'à l'origine, il ne contient pas le bacille et n'est pas inoculable, peut s'infecter secondairement, et produire alors, par inoculation au bras, un chancre mou.

Symptomes. — Le chancre mou n'a pas d'incubation à proprement parler. Au bout de quatre jours, ses caractères sont au complet ; c'est à cette période que le malade s'en aperçoit après le coït. Les phénomènes initiaux peuvent s'étudier aisément dans l'inoculation expérimentale ; on les observe rarement aux organes génitaux chez le malade qui se présente au médecin : c'est d'abord, au deuxième jour, une petite tache rouge au niveau de la piqûre; puis se produit une saillie, tandis que la congestion s'étend ; au troisième jour, paraît une pustule ; au quatrième jour, elle est ulcérée.

Nous prendrons pour type de description de la période d'état le chancre de la rainure balano-préputiale, le plus fréquemment observé.

L'ulcération est arrondie, ovalaire, ou fissuraire ; elle devient polycyclique, lorsque plusieurs chancres

(1) Extrait du *Traité de Dermatologie spéciale*, chez Baillière.

(2). Cornil, *Leçons sur la syphilis.* — Ch. Nicolle, *Th. Paris* 1893. — Unna, *Histo-pathologie.*

Digitized by Google

entrent en confluence, une aréole d'un rouge violacé l'entoure : son bord est légèrement saillant et taillé à pic ; à sa limite, on constate un étroit liseré jaune, et, en dehors, un liséré linéaire rouge.

Si l'on fait glisser le bord et si on introduit une spatule au-dessous de lui, on constate qu'il y existe toujours un décollement ; parfois, on peut ainsi faire pénétrer la spatule à plusieurs millimètres de distance.

Le fond de l'ulcération est d'un gris jaunâtre ; il est mamelonné, inégal ; parfois on y voit des ondulations régulières. Il n'y existe pas, contrairement à ce qui a été dit, de fausse membrane adhérente (Berdal).

Parfois, l'ulcération est masquée par une croûte ; au-dessous, on trouve du pus. Lorsque la croûte est absente, il est facile de constater l'existence d'une suppuration abondante ; le pus a les caractères d'un détritus sanieux.

Lorsqu'on prend le chancre entre les doigts, on provoque une douleur quelquefois vive ; on ne perçoit aucune induration des bords ou de la base ; c'est du moins ce qu'on observe dans le chancre mou typique ; mais souvent, dans certaines régions telles que la rainure balano-préputiale, où il est irrité, où le pus est stagnant, le chancre s'indure, et, bien que l'induration n'ait pas les caractères que l'on trouve dans le chancre syphilitique, elle peut néanmoins prêter à des erreurs de diagnostic.

Le chancre mou ne saigne pas très facilement ; lorsqu'il en est ainsi, le sang se mêle au pus, en formant un liquide brunâtre.

L'adénopathie, qui exceptionnellement peut faire défaut, se limite *à un ganglion* qui devient gros, douloureux ; on constate de l'empâtement ; la suppuration est alors la règle ; il se produit un *bubon*.

La durée du chancre simple varie essentiellement suivant le traitement qui lui est apporté. Lorsque l'ulcération a perdu son caractère spécifique, elle bourgeonne, la suppuration cesse, il se produit une cicatrice qui peut être *indélébile*, pigmentée ou non, toujours déprimée.

Les ulcérations chancrelleuses sont, en général, multiples, par le fait d'inoculations multiples et d'auto-inoculations, et on trouve, à côté les uns des autres, plusieurs chancres à diverses périodes de leur évolution : on a constaté chez la femme jusqu'à 75 chancres concomitants.

Les caractères objectifs du chancre simple sont modifiés par ses localisations, et nous devons en mentionner diverses variétés.

Chancres génitaux et anaux. — Les chancres mous génitaux occupent de préférence, chez l'homme, le *prépuce* et surtout sa face interne, la *rainure balano-préputiale* et le *filet* ; dans ces régions, où le pus reste stagnant, des infections secondaires se produisent facilement ; c'est là l'explication la plus plausible du phimosis qui est une complication banale et qui gêne le diagnostic. Le gland est recouvert par le prépuce rosé, tuméfié, douloureux à la pression ; on voit couler de l'orifice préputial du pus grumeleux, mélangé de sang. Quand on cherche à découvrir le gland, on peut trouver des chancres mous à l'orifice préputial ; ce sont les chancres primitifs ou des chancres d'auto-inoculation ; quelquefois, leur base s'indure et ils deviennent saillants, mais les caractères de l'ulcération persistent et permettent de reconnaître sa nature.

Tout phimosis d'origine chancrelleuse prédispose à la gangrène (Voyez *complications*). Les chancres du filet amènent fréquemment des hémorrhagies, la perforation, la destruction du filet et même l'ouverture de l'urètre. Les chancres de la rainure balnéo-préputiale sont généralement multiples ; ils s'allongent dans le sens de la rainure et peuvent l'occuper entièrement ; souvent leur base s'indure.

Le chancre du *fourreau* est rare ; il peut atteindre des dimensions étendues ; l'ulcération, cachée sous les croûtes, a ses caractères essentiels, irrégularité du fond, décollement des bords.

Le chancre simple de l'urètre se révèle par un écoulement de couleur blanc jaunâtre ou brunâtre, et souvent mêlé de sang ou de grumeaux ; la palpation du méat détermine une vive douleur ; l'ulcération occupe une des lèvres, et, en général, on peut la voir en faisant bâiller le méat.

Sur les régions génitales externes de la femme, on constate souvent une tuméfaction érysipélatoïde unilatérale, prononcée surtout au niveau de la grande lèvre qui est douloureuse ; on y trouve un ou plusieurs chancres mous, de formes irrégulières. L'aspect de l'ulcération est parfois anormal : ainsi, tout en restant très petite, elle peut se creuser, devenir cratériforme (chancre folliculaire de la grande lèvre) ou s'étendre, s'étaler, former une exulcération étendue ; ce dernier type s'observe sur les petites lèvres (Berdal).

Les chancres du col utérin sont souvent multiples ; les ulcérations présentent généralement leurs caractères essentiels ; cependant, parfois le col se tuméfie à leur niveau et elles sont alors surélevées ; d'autres fois, elles se recouvrent d'une fausse membrane diphtéroïde. La rapidité avec laquelle guérissent les chancres mous de cette espèce est un de leurs caractères essentiels.

Le chancre simple de l'anus est surtout fréquent chez la femme ; il siège habituellement au niveau des plis radiés entre lesquels il forme une ulcération allongée, fissuraire et assez profonde ; les regions

Digitized by Google

voisines sont tuméfiées, douloureuses; souvent, ce chancre s'indure. Il peut pénétrer profondément dans l'anus et provoquer de vives douleurs au moment de la défécation. Souvent, les chancres de cette région s'auto-inoculent en grand nombre et l'on trouve ainsi l'anus entouré de nombreuses ulcérations.

Chancres-extra génitaux. — Le chancre mou extra-génital, très rare, ne diffère pas du précédent par ses caractères objectifs. On peut l'observer sur toutes les parties du corps; sur l'abdomen, il peut s'étaler; sa guérison est plus lente que sur les autres régions du tégument.

Le chancre mou de la face a été plusieurs fois observé (Eudlitz). L'ulcération offre la forme, le fond, l'aspect général qu'on lui trouve aux parties génitales; un bubon peut se développer; Bassereau l'a vu devenir phagédénique.

Emery et Sabouraud ont rapporté un fait de chancre mou de la langue; il s'agissait d'une ulcération à fond pultacé, non douloureuse; nettoyée, elle offrait un fond uni, d'un gris rosé; sa forme était irrégulièrement arrondie à contours nets, ses bords étaient rouges, taillés en biseau, un peu surélevés, décollés.

Le chancre mou des doigts n'a parfois aucun caractère propre et peut alors simuler une plaie banale.

Ces chancres extra génitaux sont parfois remarquables par leur multiplicité; il en est ainsi quand ils se développent sur une surface antérieurement excoriée, soit par le fait d'une dermatose telle que l'eczéma, soit par une intervention médicamenteuse telle que l'application d'un vésicatoire.

Le diagnostic positif de ces ulcérations à siège anormal peut se faire, soit par l'inoculation, soit par la constatation du bacille de Ducrey dans le pus.

Complications du chancre simple. — Nous avons déjà signalé, parmi ces complications, le phimosis, la destruction du filet, l'ouverture de l'urètre; il en est d'autres sur lesquelles nous devons insister.

On donne le nom de *chancre phagédénique* à un chancre dont l'ulcération recouverte d'un détritus sanieux, tend à s'accroître d'une manière continue, en surface et quelquefois aussi en profondeur (phagédénisme térébrant); le phagédénisme peut également se développer d'un bubon chancreux.

L'ulcération en surface se limite à la peau; elle peut atteindre des dimensions considérables, envahir l'abdomen, la cuisse. Parfois, les régions prises les premières guérissent, alors que de nouvelles sont envahies; ses bords sont très irréguliers, violacés, largement décollés et sanieux; le détritus putrilagineux qui en tapisse le fond est difficile à enlever complètement et se reproduit très rapidement; le pus a souvent une couleur grisâtre ou brunâtre. L'ulcération en profondeur peut détruire des portions considérables des organes génitaux. Parfois l'ulcération évolue rapidement et a une marche suraiguë.

Les douleurs sont intenses et térébrantes; elles semblent dues surtout à la progression du mal dans les parties saines.

Le chancre phadégénique est devenu assez rare à Paris; il paraît surtout lié à l'infériorité du milieu organique, quelle qu'en soit l'origine; nous l'avons vu survenir sous l'influence de l'alcoolisme. Il est grave par sa durée, qui peut atteindre plusieurs années, par les complications locales telles que les hémorragies qui peuvent survenir, par l'abondance de la suppuration, par les troubles que subit en pareil cas la nutrition générale sous l'influence de la suppuration prolongée.

On ne trouve, dans le pus et les tissus de l'ulcération, d'autre microbe constant que le bacille de Ducrey. L'inoculation d'un chancre phagédénique à un individu normal produit le chancre simple sans phagédénisme (Rollet); l'inoculation du chancre simple à un individu porteur de chancre phagédénique peut donner un chancre phagédénique : il s'agit donc du même microbe dont la virulence se trouve exaltée.

La *gangrène* (1), avons-nous dit, complique surtout les chancres qui ont déterminé du phimosis; elle peut cependant survenir aussi lorsque le chancre est découvert; on observe, dans le cas de phimosis, des taches ecchymotiques sur le prépuce; bientôt, elles prennent une couleur bronzée, tandis qu'un liquide séro-sanguinolent, d'odeur fétide, s'écoule par l'orifice préputial; les lésions s'étendent, entourées d'une aréole érysipétaloïde; les douleurs sont excessives; des signes d'infection grave se développent; la température monte à 40°; il se produit un état typhoïde.

L'escarre se limite, puis se détache; suivant son extension, on observe une perforation du prépuce ou une destruction de toute cette membrane, quelquefois de la peau à la verge et même des régions voisines, ou bien du gland, de l'urètre et même des corps caverneux.

La cause bactériologique de ces gangrènes est inconnue; l'hypothèse la plus vraisemblable est celle de l'oblitération des petits vaisseaux par des accumulations microbiennes (H.).

Contrairement au parasite de la syphilis, le bacille de Ducrey ne détermine pas d'infection générale, mais il envahit facilement les vaisseaux lymphatiques et détermine fréquemment, comme nous l'avons déjà

(1) Balzer, *Méd. mod.*, 1893.

Digitized by Google

dit, la suppuration du premier ganglion auquel il aboutit *(bubon)*. Parfois, la lymphangite est perceptible cliniquement : on peut constater la présence sur la verge de cordons lymphatiques volumineux, sensibles à la pression; la lymphangite diffuse des régions péri-chancreuses, caractérisée par de l'œdème et une rougeur superficielle, est commune; elle n'est pas nécessairement l'effet du bacille de Ducrey; parfois, il se forme un abcès, puis une ulcération qui prend des caractères d'un chancre mou.

Le bubon se développe plus ou moins rapidement : un des ganglions de l'aine, en général, du même côté que le chancre, devient gros et douloureux; les tissus qui l'entourent s'infiltrent et on en constate l'empâtement; la suppuration est alors fréquente : la tumeur devient fluctuante, la peau rougit et s'ulcère pour livrer passage à un pus, tantôt liquide, filant, tantôt épais. L'ulcération peut prendre, ou non, par infection primitive ou secondaire les caractères du chancre mou.

Il existe des faits exceptionnels de bubon sus-pubien, dû à une anomalie de siège des ganglions.

La guérison est difficile, même le pus évacué; l'ulcération est irrégulière; ses bords sont décollés; parfois, ils deviennent violacés, déchiquetés et putrilagineux; le chancre inguinal est dès lors phagédénique; il peut alors prendre une grande extension, envahir toute la région, ainsi que les parties voisines de l'abdomen et de la cuisse : on l'a vu descendre jusqu'au genou. Des complications graves ont été signalées, telles que l'ouverture des gros vaisseaux de l'aine. Galliard a vu survenir une adenite iliaque suivie d'une phlegmatia.

Diagnostic. — Le diagnostic du chancre simple repose sur l'ensemble de ses caractères : la mollesse ne suffit pas à indiquer la nature d'une ulcération des organes génitaux; certains chancres simples sont durs du fait d'irritations, de préférence dans certaines régions que nous avons mentionnées. Les seuls signes absolus, dans les cas difficiles, sont la constatation du bacille de Ducrey ou l'inoculation; or, celle-ci ne réussit pas toujours et le bacille disparaît dans les cas anciens. Les signes objectifs les plus importants sont l'absence d'induration, le décollement des bords taillés à pic, la suppuration du fond, l'adénopathie suppurée lorsqu'ils existent; ajoutons la sensibilité à la pression et l'absence de l'incubation.

Le *chancre syphilitique* a une incubation longue; il n'est pas douloureux; il est souvent unique; c'est d'ordinaire une érosion régulière, en godet, reposant sur une induration aplatie qui a exactement, dans les cas typiques, les mêmes dimensions que l'érosion; son fond ne suppure pas; il est vernissé; quelquefois une fausse membrane le tapisse. Les ganglions sont toujours intéressés, non douloureux; l'un d'eux est particulièrement dur et volumineux. Mais parfois, le chancre syphilitique peut s'ulcérer et devenir douloureux; souvent il est alors associé au chancre mou (le *chancre mixte* sera décrit au chapitre *Syphilis*).

Il est important de ne pas laisser passer un chancre syphilitique inaperçu : aussi, lorsqu'un malade, atteint d'ulcération des organes génitaux, vient voir le médecin peu de jours après un coït, faut-il faire, dans tous les cas, des réserves, car un chancre syphilitique ne se révèle quelquefois qu'au bout de vingt jours et plus, et même, si l'incubation a été courte, il peut s'agir cependant d'un chancre mixte. On attendra dans tous les cas le temps suffisant.

L'*ecthyma* des régions génitales est moins rare qu'on ne le croit, surtout chez la femme; il se distingue du chancre simple par sa base rouge et ferme, par sa forme habituellement acuminée, par les contours réguliers de son ulcération; on constate d'ordinaire simultanément des pustules sur les régions extra-génitales.

La *balanite pustulo-ulcéreuse* (Du Castel) est caractérisée par des pustules et des ulcérations secondaires, à éléments multiples, les unes en voie de guérison, d'autres en voie de développement; ces ulcérations restent superficielles; leurs bords ne sont pas décollés; elles ne sont pas inoculables au porteur.

La *balano-posthite érosive circinée* de Berdal et Bataille est une affection superficielle caractérisée par des érosions étendues qu'on ne peut confondre avec les lésions du chancre simple.

L'*herpès génital* est également constitué par des lésions érosives et non ulcéreuses à bord polycycliques et microcycliques (1), sans décollement des bords, sans suppuration; sa base est rarement résistante; il ne pénètre qu'exceptionnellement dans les couches profondes du derme; il est souvent précédé ou accompagné de phénomènes consistant en tuméfaction, rougeur, avec sensations de cuisson; s'il retentit sur les ganglions, ce qui est l'exception, on trouve, dans les régions inguinales, plusieurs de ceux-ci tuméfiés; il se cicatrise rapidement sans traitement spécifique et sans laisser de cicatrice.

Les *lésions acariennes* de la verge sont des papules prurigineuses et non douloureuses, recouvertes de croûtes qui cachent des ulcérations superficielles irrégulières; elles prédominent sur le gland et le fourreau. Il faut rechercher les lésions de gale sur le reste du corps, et, en général, on les trouve.

Certaines *syphilides secondaires ulcéreuses* des organes génitaux peuvent se développer en l'absence

(1) A. Fournier, *Traité de la syphilis*, 1899.

Digitized by Google

d'autres syphilides et simuler le chancre mou chez la femme. Parfois même, des ulcérations tertiaires peuvent donner lieu aux mêmes difficultés. En cas de doute, il faut trancher le diagnostic par l'inoculation au bras (1), la recherche du bacille de Ducrey et le traitement antisyphilitique d'épreuve.

Les *lésions tuberculeuses* du gland occupent surtout le voisinage du méat; elles ont un fond très irrégulier, une aréole violacée; on peut trouver tout autour des granulations jaunes; il en est de même à l'anus. Du reste, comme le dit Berdal, le diagnostic par les caractères objectifs n'est pas toujours possible : il faut rechercher le bacille de Ducrey et, en cas négatif, le bacille de Koch, puis inoculer un cobaye.

Pronostic. — Il peut être considéré comme bénin si le sujet infecté ne présente pas de tare constitutionnelle, héréditaire ou acquise, prédisposant au phagédénisme et si un traitement efficace intervient en temps utile. Dans le cas contraire, la maladie peut se prolonger par le fait d'auto-inoculations successives et devenir ainsi très pénible; il en est de même, *à fortiori*, quand il survient du phagédénisme : par sa résistance au traitement, sa tendance envahissante, les douleurs qu'elle provoque, les troubles qu'elle apporte dans la nutrition générale, cette complication présente un caractère de gravité incontestable.

Traitement. — S'il existe du phimosis, il convient de faire pratiquer par le malade des injections entre le prépuce et le gland, répétées plusieurs fois par jour et surtout lorsque le malade a uriné. On emploiera des solutions antiseptiques faibles : sublimé à 1 p. 10000, acide borique à 3 p. 100, acide phénique à 1 p. 100. Souvent les solutions hydro-alcooliques au tiers sont préférables; on formulera, par exemple :

Alcool à 60°	66	grammes.
Eau	30	—
Acide borique	3	—

Mais il ne faut pas se dissimuler que ces topiques, utiles pour enlever le pus et combattre la balanite concomitante, n'ont aucune action spécifique sur l'agent infectieux; les lavages doivent donc être immédiatement suivis d'une injection d'huile de vaseline saturée d'iodoforme.

Le malade pourra faire lui-même des injections de nitrate d'argent à 4 p. 100, une fois par jour.

Les chancres abordables seront nettoyés, débarrassés des croûtes et du pus, au moyen d'eau bicarbonatée tiède et de coton hydrophile, puis on pourra cautériser la surface, au moyen de la solution suivante :

Alcool à 60°	10 grammes.
Acide phénique	1 gramme.

(Du Castel.)

ou du chlorure de zinc à 1/10e (Berdal), tous les deux jours. Le pansement est fait au moyen d'une poudre. L'iodoforme est, de l'avis universel, le meilleur des antiseptiques; on peut également employer le salicylate de bismuth, le dermatol.

Les chancres de l'anus sont traités par des attouchements, de la même manière; on applique ensuite des mèches imprégnées de vaseline iodoformée. Après la défécation, on lave à l'eau boratée et on applique à nouveau la pommade. Les bains locaux (bains de siège) quotidiens ou biquotidiens rendent de grands services.

On a proposé divers moyens pour détruire le chancre. La destruction doit être complète, sinon des réinoculations se produisent, et un chancre simple, plus étendu que le chancre actuel, reparaît. La pâte de Balzer a pour formule :

Chlorure de zinc	1 gramme.
Oxyde de zinc	10 grammes.
Eau distillée	Q. S. pour faire une pâte.

On laisse vingt-quatre heures en place.

Les cautérisations par le Paquelin doivent être reservées au cas de phagédénisme, ou à certains chancres rebelles. Lorsque le chancre s'étend sur le type phadégénique, il convient d'endormir le malade, de cautériser le fond, et profondément les bords avec le thermocautère. On fait ensuite des pansements humides (phéniqués 1 p. 100), et au bout de quelques jours, on applique de l'iodoforme. L'un de nous (H.), a montré que l'on peut éviter d'en venir à cette cure radicale en traitant l'ulcération par l'application de la solution au tiers de tartrate ferrico-potassique; pendant les premiers jours, les parties malades sont arrosées toutes les heures, sauf, pendant le sommeil avec cette solution; on les recouvre de compresses de tarlatane imprégnée du même liquide. Ces applications ont l'inconvénient d'être douloureuses pendant les deux ou trois premiers jours; il suffit, pour l'éviter, de faire tomber préalablement sur l'ulcération quelques gouttes d'alcool; elles produisent après une douleur très passagère, une anesthésie lo-

(1) Technique de l'inoculation. — On lave la face externe du bras au savon, puis à l'éther et on laisse sécher; on prend sur l'ulcération suspecte un peu de pus à l'extrémité d'une aiguille, ou mieux on racle la surface détergée de l'ulcération et on introduit obliquement l'aiguille sous la peau, en s'arrêtant avant de faire saigner. On recouvre d'un verre de montre protégé par une bande de diachylon. Parfois l'inoculation de pus non chancreux produit une pustule et une érosion; mais, si l'érosion ne s'agrandit pas, il ne s'agit pas de chancre mou et, du reste, on ne trouve pas le bacille de Ducrey. Dès que les caractères de l'ulcération ont permis de poser le diagnostic, on la détruit par le thermo ou le galvanocautère, ou la pâte sulfo-carbonée.

Digitized by Google

cale qui supprime complètement la douleur provoquée par le tartrate. Au bout de peu de jours, l'irrigation continue par cette solution ne produit plus aucune sensation pénible; l'ulcération perd son caractère phagédénique, et bientôt elle se couvre de bourgeons chancreux qui se cicatrisent.

Lorsque les ganglions inguinaux se tuméfient, on les traite par des applications répétées de teinture d'iode, la compression ouatée. Welander a réussi à faire avorter les bubons à la période de rougeur par des injections de benzoate de mercure à 1 p. 100. Dès qu'il y a fluctuation, il convient d'ouvrir, après stypage. On applique ensuite un pansement phéniqué, ou de la gaze iodoformée.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Galega comme galactologue. — Le galega est une plante de la familles des légumineuses qui croît dans le midi de l'Europe et que l'on cultive fréquemment dans les jardins. Cette plante, presque inodore, dégage, quand on la froisse, une odeur fort désagréable; sa saveur est amère.

Ses propriétés galactogènes, signalées par Gallet-Dansette, il y a une dizaine d'années, ont été confirmées par Mme Grimewitch (thèse inaugurale 1892). Ses formes pharmaceutiques sont les suivantes :

Extrait aqueux

Cet extrait peut être obtenu par lixiviation. On l'administre à la dose de 1 à 4 grammes.

Teinture

Extrait de galega	13 grammes
Alcool dilué	200 —

50 à 100 gouttes dans les 24 heures.

Sirop de galega

Extrait aqueux de galega	50 grammes
Eau distillée	50 —
Sirop de sucre	875 —
Teinture de fenouil	25 —

Chaque cuillerée contient 0 gr. 50 d'extrait.

Potion pour provoquer la diurèse (Comby) :

Azotate de potasse	àà 1 gramme
Acétate de potasse	
Oxymel scillitique	àà 10 —
Sirop des cinq racines	
Infusion de baies de genièvre	150 —

A prendre par gorgées dans les 24 heures.

Pommade contre le masque de la grossesse :

Oxyde de zinc	0 gr. 20
Précipité blanc	0 — 10
Beurre de cacao	àà 10 grammes
Huile de ricin	
Essence de roses	X gouttes

Liniment calmant (Gueneau de Mussy) :

Baume tranquille	50 grammes
Laudanum de Rousseau	àà 7 gr. 50
Teinture de belladone	
Chloroforme	5 grammes

On pratique des onctions à l'aide de ce mélange sur les régions douloureuses des malades atteints de fièvre typhoïde. — A. G

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la péritonite tuberculeuse. — Avec Grisolle débute le traitement de la péritonite tuberculeuse en tant que maladie constituée. C'est alors une affection médicale, une inflammation que l'on traite comme telle par des révulsifs. Plus tard, avec Spencer Wells et Kœnig, elle est rangée au nombre des tuberculoses justiciables d'un traitement chirurgical au même titre que les ostéites ou les arthrites bacillaires. En 1892, Aldibert, dans sa thèse, met au point la question du traitement et tout récemment notre collègue et ami le Dr Laroche (*Thèse Paris* 1900) fait une revue critique très sérieuse et des plus intéressantes des divers traitements préconisés. Nous lui empruntons ce chapitre si important de pratique; la péritonite tuberculeuse est en effet une affection médico-chirurgicale que tout praticien est appelé à traiter.

On a opposé à cette affection une série de traitements variés qui découlent tous d'un même principe : aider l'organisme à guérir spontanément, favoriser son action et l'accroître s'il est possible. Car la péritonite tuberculeuse guérit parfois seule, ou tout au moins sous l'influence d'un traitement général sans aucune action directe sur le péritoine.

Traitements médicaux. — Des trois formes cliniques de la péritonite bacillaire, la forme miliaire aiguë, la forme caséeuse ou ulcéreuse et la forme fibreuse, c'est cette dernière qui, tendant d'une façon spontanée vers la guérison, est la plus justiciable du traitement médical. Les auteurs qui s'en sont occupés se sont attachés à deux choses : faire de la révulsion locale et soutenir l'état général avec l'huile de foie de morue, le sirop de fer, la suralimentation, les sels de soude. La révulsion a presque toujours pour résultat immédiat de diminuer les douleurs; de plus, elle est susceptible de faire disparaître les zônes de congestion active autour des tubercules en voie de dégénérescence. Quant au sérum de Maragliano, autour duquel on a fait grand bruit ces temps derniers, son action a semblé devoir être excellente. Son auteur et

Digitized by Google

de nombreux médecins italiens l'ont prôné. Cependant, il ne semble pas que les médecins qui l'ont expérimenté en France aient été très satisfaits de son emploi. Il semble évidemment que la méthode soit rationnelle, il est malheureux qu'elle ne soit pas efficace.

Laparotomie. — Rappelons rapidement comment fut instituée cette méthode de traitement. Spencer Wells trouvant au cours d'une laparotomie au lieu d'un kyste de l'ovaire attendu, une péritonite tuberculeuse, vit avec étonnement sa malade non seulement supporter l'opération, mais guérir. On attribua cette guérison à l'action directe sur le péritoine de l'air atmosphérique, d'où toute une série de méthodes que nous énumérerons plus loin. La laparotomie doit être pratiquée avec prudence à cause des adhérences. Une fois le péritoine incisé, si on a affaire, ce qui est le plus fréquent, à une ascite avec un semis de granulations, on évacue et on dessèche soigneusement le péritoine. Si les intestins sont accolés ou adhérents entre eux et aux autres organes, il est bon de chercher à libérer ces adhérences, mais très doucement, du bout des doigts, sans instrument, sous peine de léser l'intestin. Si l'on sectionne devant des masses tuberculeuses ulcérées, adhérentes, baignées de pus ou de sérosité sanguinolente, le premier soin doit être de sécher avec des tampons pour voir clair, puis on nettoie soigneusement les parties ulcérées. Si on est dans une poche péritonéale, se bien garder de la déchirer, de peur de voir infecter la grande cavité.

Que faut-il penser, dit Laroche, des différentes manœuvres supplémentaires, lavages, attouchements, caustiques, drainage? On a renoncé de bonne heure à laver le péritoine dans tous les cas. Cette méthode inutile dans la forme ascitique dans laquelle on peut recourir au simple nettoyage à l'aide d'éponges, ne s'explique pas du tout dans la forme sèche. Par contre, dans cette dernière, on peut recourir à des applications de substances caustiques ou antiseptiques qui détruisent le plus possible de tissu tuberculeux. Indépendamment de son action irritative qui est un grand facteur de guérison, on peut utiliser à ce titre la poudre d'iodoforme, bien tolérée par le péritoine.

La laparotomie vaginale très prônée à Lyon ne semble pas offrir beaucoup d'avantages dans une affection où l'on doit trouver des adhérences multiples et des organes friables.

Souvent, la laparotomie est insuffisante ; on a signalé des cas de récidive, rares il est vrai. De plus, il peut survenir des complications dues à l'intervention : tels l'apparition sur la plaie de bourgeons charnus et de granulations d'aspect tuberculeux ; des fistules provenant de drains laissés un certain temps ou formées secondairement.

Ponction suivie d'injections de liquides modificateurs. — Truc se demandait en 1886 si on ne pourrait pas traiter la péritonite tuberculeuse comme un abcès froid, à l'aide d'injections d'éther iodoformé. Cette proposition n'a pas eu de sanction pratique ; il n'en est pas de même de deux méthodes fondées sur l'explication théorique de la guérison par la laparotomie. L'une est celle des lavages, ayant la prétention d'agir mécaniquement, l'autre celle des injections modificatrices, agissant comme antiseptiques ou comme caustiques.

Le lavage, suivi d'évacuation de l'ascite, consiste à employer un agent faiblement modificateur, l'eau bouillie en grande quantité. L'injection de naphtol camphré se fait au contraire à faible dose. Il se produit tout d'abord une réaction péritonéale aiguë à la suite de laquelle on sent se former un empâtement qui se résorbe petit à petit. Voici comment on procède d'après Laroche. La peau étant soigneusement savonnée et brossée, l'opérateur étant lui-même propre, on prend un trocart assez fin et l'on ponctionne, non pas sur la ligne classique dont on ne doit nullement se préoccuper, mais en un point où l'on n'entend nulle sonorité ni superficielle ni profonde. On évacue le liquide ; puis on procède soit au lavage, soit à l'injection de naphtol. Puis en ayant soin de ne pas laisser dépasser la canule dans l'abdomen, on brasse la masse intestinale, on l'agite de façon à mettre toute la surface du péritoine en contact avec le liquide modificateur. Si on procède au lavage, il faut faire passer à plusieurs reprises le liquide dans l'abdomen, puis l'évacuer complètement. Avec le naphtol camphré, il est bon de ne pas retirer la totalité de l'épanchement pour que celui-ci serve en quelque sorte de véhicule au naphtol qui est gluant et trop caustique pour être laissé en contact prolongé avec un point limité de la séreuse. Le seul danger de ce traitement est la réaction péritonéale qui survient après l'injection.

Ponction suivie d'injection gazeuse. — En 1893 Mosetig Moorhof publia un cas d'insufflation d'air dans un péritoine tuberculeux. La technique est des plus simples. La ponction faite, on adapte sur la canule un tuyau de caoutchouc en rapport avec le réservoir de gaz. Il est prudent de ne pas injecter d'air non stérilisé et pour cela de placer dans le trajet un tube de verre contenant de l'ouate, ce qui est le meilleur moyen de stérilisation. Quelques auteurs ont employé de l'air passant dans une solution antiseptique, d'acide phénique, par exemple.

Ce qui contre-indique ces ponctions, c'est le soupçon d'adhérences entre l'intestin et la paroi et la

Digitized by Google

tendance aux formations fibreuses qui pourraient avoir formé des cloisonnements. La forme ascitique semble être la seule où ce traitement soit applicable avec les plus grandes chances de succès.

Rayons de Rœntgen. — Des expériences de Bergonié et de Teissier, il résulte que l'exposition aux rayons peut être utile dans quelques cas ; mais, la plupart du temps, elle est plutôt nuisible et la complication hémorrhagique qui survient dans l'épanchement est assez sérieuse pour rendre prudent dans ces essais.

L'action de ces divers traitements se manifeste par une exagération notable des phénomènes normaux de réaction. Sous l'influence des diverses actions mises en jeu, les tissus qui entourent les foyers tuberculeux s'infiltrent de cellules embryonnaires qui, après avoir formé une sorte de barrière autour des éléments infectieux, entrent en lutte avec les bacilles et les suppriment. Donc, phagocytose active. Dans une deuxième phase, les éléments s'organisent, formant du tissu conjonctif qui, à son tour, subit la tranformation fibreuse. Enfin, plus tard, les éléments spécifiques tuberculeux sont résorbés.

Tous les procédés employés, laparotomie, ponction suivie d'injection d'eau bouillie, de naphtol ou de gaz concourent au même but qui est de produire une hyperhémie considérable de la séreuse, irritation, c'est-à-dire révulsion. Plus cette révulsion est vive, plus la phagocytose sera abondante, plus les phénomènes normaux de réaction seront activés. C'est donc bien par l'irritation du péritoine, par la révulsion sur le péritoine qu'on agit sur la péritonite tuberculeuse.

De tous ces modes de traitements, Laroche donne la préférence à la laparotomie qui fournit des résultats inespérés dans la péritonite miliaire aiguë, la forme fa plus grave de toutes ; qui est plus sûre que tout le reste dans la forme caséeuse où on s'expose à léser l'intestin avec un trocart ou à n'agir que sur une minime partie du péritoine ; qui donne enfin des résultats plus rapides dans les formes fibreuses les plus bénignes de toutes. — A. P.

CLINIQUE MÉDICALE

Segmentation, fragmentation et fibrose du myocarde. — Renaut et Landouzy décrivirent en 1897, sous le titre de segmentation du myocarde, une rupture du ciment intercellulaire, causée par des troubles de nutrition.

Renaut considéra plus tard la myocardite segmentaire comme une forme définie de myocardite.

Recklinghausen pense que la rupture se produit aussi bien au niveau du corps cellulaire qu'au niveau du ciment intercellulaire. Israel attribue la segmentation à des influences mécaniques. Browicz, Bard la la regardent comme un phénomène cadavérique. Oestreich démontre qu'elle est bien due à un processus pathologique qui se produit durant la vie, et l'observe dans la mort subite, la mort sous le chloroforme, mais ne la retrouve pas dans les maladies.

Pour les uns (Browicz, Renaut, Tedeschi, Israel, Durand) la rupture est due à une dissolution du ciment intercellulaire due à la formation d'une substance chimique particulière.

Par contre, Oestreich, Recklinghausen, Bard pensent que la rupture se produit mécaniquement.

Plus récemment, l'étude histologique de ce processus a été reprise, Hektoen distingue la segmentation c'est-à-dire la rupture au niveau du ciment intercellulaire, et la fragmentation ou rupture du corps cellulaire lui-même.

Karcher a étudié la fragmentation expérimentale et distingue la fragmentation due à des processus aigus ou des traumatismes, et la fragmentation due à un trouble nutritif du cœur dans les maladies chroniques.

John Bruce Mac Callum (*The Journal of experimental medecine*, mai-juillet 1899) complète cette étude et après une description histologique de la cellule musculaire normale aux différents stades de son développement, décrit ainsi la fragmentation du myocarde.

Selon lui, la fragmentation du myocarde n'est pas une simple rupture musculaire, c'est un processus plus complexe. Dans tous les cas où la fragmentation est très marquée, on remarque un éclat particulier du muscle consistant en une contraction et une extension alternatives des fibres; la contraction et l'extension ne sont pas, comme dans le cœur normal, réparties par larges zones, les cellules musculaires semblent affectées une à une, et on trouve une fibre contractée à côté d'une fibre en extension. Bien plus, la même fibre musculaire peut être en contraction d'un côté de la ligne de cimentation, en extension de l'autre côté.

La rupture peut se produire de quatre manières différentes. Elle survient : 1° au niveau du ciment intercellulaire; 2° dans le muscle contracté; 3° dans le muscle étendu ; 4° elle résulte d'un processus dégénératif dont le stade initial est caractérisé par une extrême extension du muscle.

La fragmentation dans le muscle contracté se fait suivant une ligne irrégulière, en escalier. Dans le muscle en extension, elle est plus étendue, plus irrégulière et il y a souvent de petites ruptures à côté de la rupture principale.

La fragmentation par dégénération musculaire est le résultat d'un processus dont les stades successifs

Digitized by Google

sont : 1° Une simple extension de la fibre musculaire; 2° une extension de la fibre avec production d'irrégularités dans la striation dues à la modification des rapports entre les disques sarcoplasmiques et les fibrilles d'union; 3° une irrégularité encore plus grande de la distribution des fibrilles d'union avec disparition de quelques-unes d'entre elles; 4° une disparition de toutes les fibrilles d'union, laissant seulement une masse formée de disques sarcoplasmiques à moitié brisés; 5° une désintégration complète des cellules de la région malade.

Dans la myocardite fibreuse, il y a association de la sclérose avec la dégénération des fibres musculaires. Le processus de désintégration des cellules musculaires commence au centre de la cellule, et s'étend ensuite vers sa périphérie, détruisant peu à peu les fibrilles d'union et laissant, à la fin, une simple rangée de ces fibrilles d'union à la périphérie de la cellule. Parfois cependant, les fibrilles d'union disparaissent sans suivre un ordre régulier. A un stade plus avancé, les fibrilles d'union qui persistaient à la périphérie de la cellule, diminuent à leur tour et disparaissent. La cellule reste constituée uniquement par les disques sarcoplasmiques ou par un sarcoplasme non différencié. Elle est rhomboïdale, puis devient fusiforme. Elle diminue graduellement et finalement disparaît en laissant quelques débris et une certaine quantité de pigments. — E. L. M.

L'insuffisance mitrale fonctionnelle. — Malgré la notion des souffles cardio-pulmonaires qui élucide un certain nombre de faits cliniques, on reste souvent indécis sur la signification de certains bruits morbides qu'on perçoit à l'auscultation du cœur. En l'absence de tout trouble circulatoire, on se demande si on est en présence d'une lésion bien compensée, ou d'un souffle fonctionnel. Mais qui dit souffle fonctionnel ou anémique ne dit rien — ou pas grand chose. Aussi jugeons-nous le travail de Winckler du laboratoire de von Basch sur l'insuffisance mitrale fonctionnelle digne de retenir notre attention (*Zeitschrift f. Klin. med.*).

Winckler admet que ces souffles peuvent dépendre d'un fonctionnement irrégulier des piliers ; pour les reproduire expérimentalement, il passe un fil double à travers le ventricule gauche, enfonçant l'aiguille dans la partie postérieure et la retirant à la partie antérieure du ventricule. Il se tient à une distance suffisante du sillon longitudinal pour éviter l'arrêt du cœur ; car on sait que ce sillon est bordé d'une zone particulièrement sensible, comme l'ont démontré Kronecker (1884) et Heitler (*Journal des Praticiens* 1898, p. 235). L'anse postérieure du fil est fixée sur un petit bout de liège, les deux chefs en avant sont liés par dessus un petit bout de caoutchouc. On ausculte alors avec le stéthoscope à tambour de von Basch, en tenant compte du bruit de guimbarde que peut produire le fil tendu, analogue au bruit d'un tendon aberrant. A l'autopsie de l'animal on lie l'aorte, on perfore le ventricule gauche à l'aide d'une canule en relation avec un récipient d'eau, et on fait ainsi l'épreuve de l'occlusion ou de l'insuffisance de la valvule mitrale; ce n'est qu'en dernier lieu qu'on ouvre le cœur pour s'assurer si l'aiguille ou le fil n'ont pas lésé les valvules.

Dans dix cœurs sur lesquels l'expérience avait réussi, c'est-à-dire où l'aiguille n'avait pas déchiré la valvule et où celle-ci était suffisante, Winckler a constaté l'apparition du souffle systolique six fois, celle d'un souffle systolique et diastolique trois fois, une fois le fil passa trop près de la pointe et aucun bruit ne se produisit ; on passa un second fil sans plus de succès.

Pendant qu'on ausculte le cœur, on mesure la tension du sang dans la carotide et dans l'oreillette gauche; comme on sait, le rapport de ces deux chiffres indique le travail utile du cœur. La tension carotidienne baisse régulièrement, mais la tension intra-auriculaire ne suit pas de règle fixe : tantôt elle augmente, tantôt elle baisse ; mais le rapport entre les deux chiffres est régulièrement abaissé, autrement dit, le travail utile du cœur est amoindri. Les bruits de souffle ne sont pas en proportion avec cet amoindrissement. L'élévation de la tension intra-auriculaire ne dépend pas de l'insuffisance anatomique, c'est-à-dire elle n'est pas fonction de la régurgitation seule. Cette régurgitation est très faible quand le ventricule gauche reçoit peu de sang ; or cela se réalise quand la tension artérielle périphérique s'abaisse. C'est la pose du fil qui provoque cette hypotension périphérique par la voie du nerf dépresseur, nerf sensible et influençable par la piqûre ; le cœur piqué trop près de la pointe pour déranger le jeu valvulaire a démontré cet effet. Or, là où la tension intra-auriculaire ne baisse pas, il faut donc qu'il y ait une régurgitation notable, même quand il n'y a pas de lésion de la valvule ; dans ces cas on entend régulièrement le souffle systolique.

Le tracé cardio-graphique pris à même le cœur, confirme également la régurgitation du sang dans ces conditions.

Il y a donc là une insuffisance fonctionnelle qui dépend d'une modification de la contraction musculaire créée par l'intervention (contraction parakinétique).

Quand la tension est augmentée dans l'oreillette gauche, elle s'élève aussi dans l'artère pulmonaire : on entend, en effet, un retentissement du deuxième bruit pulmonaire, comme cela se passe aussi en clinique.

Digitized by Google

Enfin, le souffle diastolique dépend d'un rétrécissement créé par le fil à l'intérieur du ventricule ; on n'a qu'à ralentir l'action du cœur par la muscarine pour le voir disparaître et pour entendre le souffle systolique augmenter d'intensité.

D'après ces recherches on n'a pas le droit de parler en clinique de bruits accidentels ou anémiques ; malgré l'intégrité anatomique des valvules, les souffles sont dus à des insuffisances vraies; il n'en résulte que des troubles très faibles de la circulation et très peu de symptômes subjectifs. L'organisme compense ces troubles par un abaissement de la tension périphérique, et évite ainsi l'engorgement et la dilatation du ventricule et de l'oreillette gauches. On voit une fois de plus que dans les lésions valvulaires le pronostic ne dépend pas des valvules, mais du myocarde (Stokes). — Bd.

CLINIQUE INFANTILE

L'élimination des sucres par les urines chez les enfants. — Les conditions qui règlent l'absorption, l'assimilation et l'élimination urinaire des différents sucres introduits dans l'organisme par la voie digestive ou par la voie sous cutanée ont été définies par de nombreux travaux. Mais ces conditions sont encore peu connues chez l'enfant où elles n'ont été étudiées que par Grosz et Finizzio.

Cependant, elles seraient particulièrement intéressantes à connaître, à cause du rôle important que joue, ainsi que les travaux de Claude Bernard l'ont montré, le sucre dans le développement des organismes animaux et végétaux. L'enfant absorbe en effet, avec le lait, pendant les premiers mois de l'existence, une quantité considérable d'un sucre particulier, la lactose.

M. Nobécourt a recherché, chez des enfants sains ou atteints d'affections diverses, les limites de l'action de la muqueuse intestinale sur la lactose et la saccharose absorbés par la voie digestive, et les limites d'assimilation du foie et des tissus en général pour le glucose introduit dans le tube digestif ou sous la peau. (*Rev. des maladies de l'enfance*, avril 1900).

De ses travaux, il résulte que la muqueuse intestinale de l'enfant est douée d'un pouvoir interversif très marqué vis-à-vis de la lactose. Par l'intermédiaire d'une diastase sécrétée par l'épithélium intestinal, la lactose est intervertie en glucose et galactose, ce qui rend l'assimilation possible. La muqueuse intestinale de l'enfant transforme des quantités considérables de lactose introduites avec le lait ; elle est capable de transformer des doses introduites en une seule fois plus grandes que celles contenues dans le lait d'une tétée. Il semble que, d'une façon générale, cette propriété est plus marquée chez le jeune enfant que chez l'adulte, mais il y a de nombreuses exceptions.

La muqueuse intestinale de l'enfant possède également la propriété d'intervertir la saccharose en glucose et lévulose. Pour comparer son action sur ce sucre avec son action sur la lactose, il importe essentiellement de tenir compte du taux de la dilution ; elle paraît être aussi active sur l'un et sur l'autre, si on expérimente avec des solutions faites au même taux.

Avec la lactose et la saccharose, Nobécourt n'a pas observé de glycosurie chez l'enfant normal. L'organisme à cet âge jouit en effet d'une action très marquée sur le glucose, plus marquée même que chez l'adulte. Aussi, l'épreuve de la glycosurie alimentaire, quand elle est positive, comme Nobécourt l'a constaté chez plusieurs rachitiques, a-t-elle une grande valeur à cet âge.

Cette action marquée sur le glucose semble ne pas être limitée au foie, mais s'étendre à l'ensemble des tissus. — E. L. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Monstre hétéradelphe et monstre macrocéphale. — M. Lannelongue. La première de ces monstruosités n'est pas d'une rareté excessive.

Elle consiste dans la présence d'un individu incomplet quoique assez développé, uni au corps d'un enfant normal âgé de treize ans, sur la ligne médiane antérieure du corps au-dessus de l'ombilic, entre l'ombilic et l'extrémité inférieure du sternum. Le parasite n'a pas de tête ; l'union se fait par la région cervicale et de là part une sorte de tronc auquel sont appendus les quatre membres, les deux supérieurs d'abord, les deux inférieurs ensuite.

Les membres supérieurs ont leurs trois sections : main bote, avant-bras et bras raccourcis. Il n'y a pas d'omoplate reconnaissable.

Les membres inférieurs, plus normaux, s'unissent à un bassin commun assez bien développé.

Il y a en outre sur la partie antérieure des parties molles correspondant à ce bassin une verge avec les deux testicules d'apparence normale. On nous assure que lorsque le sujet normal urine, le monstre surajouté urine également.

Pas d'anus, une fossette le remplace. Le rachis paraît réduit à une petite tige osseuse en continuité avec le sternum, on y trouve cinq à six corps de vertèbres et c'est tout. Pas de traces d'autres viscères. L'insensibilité des téguments du monstre surajouté est absolue, il n'y a jamais de

Digitized by Google

mouvements spontanés, ni provoqués par la piqûre ou le chatouillement.

Le point d'union de ce monstre à l'enfant normal est assez étroit. Examiné avec le soin que j'ai pu y mettre, je n'y ai trouvé que cette portion de rachis, dont j'ai parlé, sans traces d'autres viscères. Deux cordes fibreuses semblent unir le bassin du monstre au sternum de l'enfant normal. Au-dessous plus rien; n'y aurait-il pas toutefois un ouraque, ouvert et faisant communiquer les deux vessies? je ne saurais le dire. En tout cas le parasite n'a pas de trace appréciable de rein.

En somme, l'union constituant l'attache n'est pas très large; elle occupe l'espace placé entre l'ombilic et le sternum, elle paraît superficielle et n'a rien de commun avec les viscères de l'enfant bien développé. Rien ne me paraît donc s'opposer à ce qu'on sépare le parasite du sujet bien conformé, et je conseille de tenter cette séparation.

Auparavant il serait utile de radiographier la monstruosité.

Le second enfant âgé de dix-sept ans est un rachitique vulgaire avec un crâne atteint d'un développement très considérable et avec une très forte cyphose dorso-lombaire.

Ces deux sujets sont originaires de l Inde *(15 mai)*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Curabilité de la méningite cérébro-spinale suppurée. Bons effets des bains chauds et des ponctions lombaires. — M. Netter. Les médecins qui rapportent des observations de guérison de la méningite, se heurtent le plus ordinairement au doute, sinon à la négation. On leur objecte qu'il s'agit de troubles fonctionnels simulant une méningite. Bouchut employait pour ces faits le mot de pseudo-méningite que l'on remplace aujourd'hui par le terme de méningisme introduit par Dupré.

Nous disposons, grâce à la ponction lombaire, d'un moyen très précieux, permettant d'affirmer l'existence d'altérations organiques des méninges. Aussi pouvons-nous aujourd'hui citer un nombre important d'observations personnelles de méningites suivies de guérison.

Toutes les formes de méningite simple sont susceptibles de guérison. Si cette dernière s'observe plus habituellement dans les inflammations simples provoquant la production d'une exsudation séreuse ou sérofibrineuse, elle n'est pas du tout exceptionnelle dans les cas d'exsudat purulent.

Bien que l'étude bactériologique établisse que les méningites à exsudat séreux ou sérofibrineux ne diffèrent point comme nature des méningites à exsudat purulent, je laisserai pour le moment de côté les cas nombreux (plus de 23) de méningites guéries dans lesquelles l'exsudat présentait ce caractère. Je ne parlerai que des méningites suppurées.

Depuis le mois de mai 1899, j'en compte six auxquelles je puis ajouter une septième, dans laquelle les progrès sont aujourd'hui tels que le mot de guérison semble déjà pouvoir être prononcé. J'ai traité dans mon service des enfants, à l'hôpital Trousseau, quatre de ces malades. Deux ont été suivies par moi dans le service de mon collègue Josias du même hôpital. Le dernier est en traitement en ville.

Dans tous les cas, la ponction lombaire m'a permis de retirer un liquide trouble laissant déposer un sédiment purulent jaune paille. L'examen microscopique a décelé la présence du diplococcus méningitidis de Weichselbaum dont la plupart des éléments se trouvaient en dehors des cellules. Dans tous ces cas, j'ai obtenu des cultures de ce microbe.

Chez tous les malades, j'ai renouvelé les ponctions, parfois une seule fois, parfois deux et même jusqu'à dix fois. Le liquide retiré dans les ponctions ultérieures renferme habituellement beaucoup moins de microbes et quelquefois les cultures demeurent alors stériles

Le liquide est généralement de moins en moins purulent. Il est cependant arrivé quelquefois que le liquide de la seconde ponction fût plus purulent. Dans ce cas, il n'en obéissait pas moins à la règle en étant moins riche en microbes.

La guérison a été complète chez cinq malades. Un sixième présente de l'ankylose des deux articulations envahies au moment de la maladie. Chez le dernier, encore en traitement, il est survenu des troubles de l'audition d'origine labyrinthique dont on ne peut encore prédire l'évolution.

Le symptôme prédominant dans les sept cas dont je rapporte l'histoire, a été la raideur de la nuque. Les paralysies oculaires ont été fréquentes et ont parfaitement guéri. Les éruptions relevées ont été des pétéchies, de l'érythème, de l'herpès.

La durée de la maladie a été variable. Si certains enfants ont guéri rapidement, l'amélioration marquée s'installant déjà après trois ou quatre jours, d'autres ont duré un temps plus long, dix à quinze jours. Deux cas ont été très longs, deux mois dans l'un, plus de trois mois chez l'autre.

Je pense que la guérison doit être attribuée avant tout à l'emploi systématique des bains chauds. Ceux-ci sont donnés à une température de 38 à 40° pendant une durée de vingt minutes à une demi-heure et renouvelés nuit et jour toutes les trois ou quatre heures. Cette médication est applicable aux méningites séreuses comme aux méningites suppurées.

J'attribue une grande valeur à l'usage de la ponction lombaire, que je renouvelle plusieurs fois au cours de la maladie

Je m'efforce de soutenir le malade et, s'il s'alimente mal, j'use régulièrement des injections sous-cutanées de sérum.

Il est difficile d'apprécier exactement les résultats de ce traitement. Je dirai seulement, à titre de renseignement, que, depuis que j'y ai recours, je l'ai employé en tout sur 11 malades, et qu'en dehors des 7 guérisons, 3 malades

Digitized by Google

sont morts et le dernier a été retiré mourant de l'hôpital. La proportion des guérisons apparaît donc comme de 63 pour 100. En réalité, on ne peut considérer en dehors des 7 malades guéris qu'un cas comme relevable de notre traitement. C'est celui d'un malade dont nous avons rapporté l'histoire avec M. Troisier, et qui est mort après avoir passé dix-sept jours à l'hôpital. Chez ce malade, la ponction et les bains chauds avaient certainement été utiles.

Les trois autres malades ont été ponctionnés pour la première fois la veille de la mort ou de la sortie et la balnéation chaude n'avait été employée qu'un jour.

Un cas de rage humaine. — M. Menetrier rapporte l'observation d'une femme de 46 ans, entrée le 2 décembre dernier à l'hôpital Tenon. Elle avait été mordue le 13 octobre à la joue droite par un chien, qui fut reconnu plus tard enragé. Ce ne fut que 7 jours après, le 20 octobre qu'elle suivit pendant 20 jours le traitement antirabique à l'Institut Pasteur. Jusqu'au 24 novembre, 42 jours après la morsure, sa santé demeura parfaite. Elle commença alors à éprouver des maux de tête violents, devint inquiète.

Le 28 novembre, elle remarque, pour la première fois, une certaine difficulté dans la déglutition des liquides : d'abord légère, une simple maladresse en avalant ; puis bientôt la déglutition provoque un spasme douloureux, et dès le lendemain 29, la répulsion pour les boissons, en raison de l'angoisse qu'elle éprouve au moment du spasme, devint telle, qu'elle cessa complètement de s'alimenter et de boire ; depuis trois jours, elle prétend n'avoir pu avaler une goutte d'eau, et ne pouvoir même déglutir sa salive, qu'elle laisse baver hors de sa bouche. Depuis le même temps, elle est en proie à une anxiété continue ; l'insomnie est absolue, tant à cause de son angoisse morale que des spasmes douloureux qu'elle éprouve au niveau de la gorge.

A son entrée dans la salle (2 décembre, 6 heures du soir), l'état de la malade est le suivant. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'extrême agitation qu'elle présente ; le facies rouge et vultueux, les yeux brillants, un peu injectés, les pupilles légèrement dilatées, le regard mobile, avec une expression d'inquiétude incessante, et qui devient de l'angoisse, au moment où se produisent les spasmes douloureux des muscles du cou et du pharynx, qui vraisemblablement provoqués par les tentatives involontaires de déglutition de la salive, se reproduisent très fréquemment, toutes les deux ou trois minutes environ.

On trouve la joue droite, à peu près juste en son milieu, une petite cicatrice dirigée transversalement, de 1 centimètre et demi de long, encore rosée, et qui est la trace de la morsure du chien. Cette cicatrice n'est nullement douloureuse, ni spontanément, ni à la pression.

L'examen du cœur ne dénote rien de particulier ; les bruits sont faibles, mais réguliers.

Constipation absolue depuis deux jours. Au moment des spasmes pharyngés, il y a évacuation involontaire des urines. Les urines, recueillies par la cathétérisme, sont foncées en couleur, rougeâtres, et contiennent une grande quantité d'albumine.

L'examen du système nerveux dénote: l'intégrité parfaite de la sensibilité, sous tous ses modes, pas d'hypéresthésie sensitive, non plus que sensorielle ; ni la vue ni l'ouïe ne suscitent de sensations pénibles, le bruit n'incommode pas la malade et ne provoque pas les spasmes pharyngés. Pas de raideur des membres ; les réflexes sont normaux.

Lorsqu'on essaye de faire boire la malade, tout d'abord la vue seule du liquide l'effraye et détermine un spasme violent et très pénible : mais à force de persuation on parvient à la calmer et bientôt elle consent à un nouvel essai ; à la première gorgée de lait introduite dans la bouche, nouveau spasme, et la malade porte la main à sa bouche, comme pour arracher le verre de ses lèvres ; nouvelle tentative, et cette fois après un spasme de 30 à 40 secondes de durée ; la gorgée de lait introduite dans la bouche finit par être déglutie, à l'exception de quelques gouttes qui sont rejetées. La malade, ravie d'avoir enfin pu boire, ce qui lui était impossible depuis trois jours, consent à de nouvelles tentatives, et l'on put ainsi dans la soirée lui faire prendre près d'un litre de lait.

Il lui fut administré un lavement avec 4 grammes de chloral.

Ce soir, la température était de 39 degrés.

La malade, revue à une heure du matin, le 3 décembre, est calme, elle dit avoir bien dormi après avoir pris son lavement de chloral et semble un peu rassurée par la sédation des acccidents hydrophobiques qui la tourmentaient jusque-là.

Mais vers 2 heures du matin, l'agitation recommence ; le spasme pharyngé se reproduit avec intensité ; la malade se redresse brusquement sur son lit, et paraît en proie à des hallucinations terrifiantes, consistant surtout en vision d'animaux, chats, rats, serpents, etc. Cette agitation dure de 2 à 5 heures, entrecoupée de phases de repos de quelques minutes.

A 5 heures, la malade s'endort.

Elle se réveille à 6 heures, assez calme, et reste tranquille jusqu'à 7 heures ; alors brusquement elle pâlit et meurt en quelques secondes, sans paroles et sans agitation, très probablement d'une syncope survenue inopinément.

La mort s'est ainsi produite, juste huit jours après le début des premiers symptômes, et cinq jours après l'apparition du phénomène caractéristique de la deuxième période le spasme hydrophobique.

A l'autopsie, aussi bien qu'à l'examen microscopique, on ne trouva aucune lésion appréciable des centres nerveux, ni des grandes cellules des cornes antérieures de la moelle.

Le bulbe examiné à l'Institut Pasteur, donna des cultures pures du virus rabique.

La vaccination dans ce cas a été insuffisante à prévenir la rage ; peut-être en eût-il été autrement, si le traitement avait été appliqué plus tôt.

Digitized by Google

Une autre conclusion qui se dégage est la nécessité de cautériser les morsures de chien, même dans les cas douteux pour détruire le virus à son point d'inoculation, aussitôt après l'accident. Aucune espèce de traitement n'avait été appliqué chez le malade.

Forme clinique particulière du syndrome de Reichmann. — M. Mathieu attire l'attention sur une forme de dyspepsie caractérisée par l'exagération de l'appétit, l'amaigrissement marqué, la dépression considérable des forces malgré un alimentation très copieuse, l'absence complète ou presque complète de phénomènes douloureux, l'hyperchlorhydrie, la stase alimentaire très minime avec hypersécrétion relativement abondante dans un estomac plus ou moins dilaté. L'examen des urines n'indique ni glycosurie, ni albuminurie; les malades ne toussent ni ne crachent, ils n'ont pas de fièvre. L'examen du suc gastrique indique un degré notable d'hyperchlorhydrie.

Cet état morbide se rapproche complètement de celui qu'on a décrit sous le nom de la maladie de Reichmann ou de gastrosuccorrhée. Toutefois, les phénomènes douloureux y sont beaucoup moins caractéristiques et peuvent même y faire complètement défaut.

Pour combattre cet état morbide, M. Mathieu conseille un régime sévère (lait, laitages, œufs, volaille bouillie, poissons maigres, purées très cuites, biscottes légères) et l'usage répété de la belladone. — (*11 mai*).

BIBLIOGRAPHIE

L'entéro-colite muco-membraneuse, par le Dr Gaston Lyon, ancien chef de clinique médicale de la Faculté de Paris, un vol. de l'Œuvre médico chirurgicale chez Masson éditeur. Prix 1 fr. 25.

L'étude de l'entéro-colite muco-membraneuse est négligée dans les traités classiques, où l'on se borne à la signaler comme une complication éventuelle de la constipation chronique; cependant, il s'agit d'une affection fréquente, soulevant d'importants problèmes de pathogénie et de traitement. On saura donc gré au Dr Gaston Lyon d'avoir consacré un travail d'ensemble à la question, travail pour lequel le désignaient son expérience pratique et ses publications antérieures sur le même sujet. L'auteur a décrit de façon détaillée les différentes variétés cliniques du syndrome morbide, discuté notamment les relations de la forme chronique des adultes avec les colites aiguës de l'enfance, ce qui est encore l'un des points en litige. La partie thérapeutique, très développée, donne aux praticiens les indications les plus précises sur la conduite à tenir aux différentes phases de l'affection.

Précis de technique histologique et embryologique (Guide de l'étudiant aux travaux pratiques d'histologie), par L. Vialleton, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier. Un volume de la Collection Testut, chez Doin, éditeur.

Cette excellent volume contient dans le texte 118 figures dont 47 tirées en couleur, et reproduisant de belles coupes microscopiques.

Conférences pour l'Externat des Hôpitaux de Paris, par MM. J. Saulieu et A. Dubois, fasc. III, chez Baillière.

Comme les deux précédents, ce fascicule est à recommander aux candidats à l'externat qui y trouveront traitées d'une façon courte et précise, mais suffisamment complète, les muscles, artères et nerfs de la main, ainsi qu'un certain nombre de questions de pathologie et de petite chirurgie, telles que le panaris, l'anesthésie, la vaccination, les injections hypodermiques, etc.

J. CHÉRON

Médecin de l'infirmerie de Saint-Lazare depuis 1870, J. Chéron vient de disparaître à 66 ans, après une carrière médicale des mieux remplies.

Docteur ès sciences avec une thèse sur le *système nerveux des céphalopodes* couronnée par la Sorbonne et l'Institut, il renonça au poste de professeur de zoologie à Strasbourg pour s'adonner entièrement aux études et à la pratique médicales. Il conquit rapidement une grande notoriété par ses recherches et découvertes : application de l'électricité au traitement de diverses maladies et des fibrômes utérins, emploi des vapeurs oxygénées dans la tuberculose, ophtalmo-microscope en collaboration avec Nachet (prix Barbier à l'Académie des sciences), propriétés cicatrisantes de l'acide picrique, etc. Enfin, c'est lui qui a révélé la valeur et la puissance thérapeutiques du sérum artificiel. Il a fondé, et durant quinze années, dirigé d'une main ferme la *Revue médico-chirurgicale des femmes*, affirmant et pratiquant sans cesse ses principes conservateurs en gynécologie. En 1893, parut son livre magistral *(lois générales de l'hypodermie)*, où il sut allier si bien les données de la physiologie et celles de la clinique.

L'œuvre de J. Chéron est donc des plus importantes, surtout en thérapeutique; et, avec deux qualités maîtresses qui font les grands et bons médecins, avec l'intelligence et le cœur, avec le savoir et le dévouement, il devait voir rapidement venir à lui une clientèle aussi nombreuse que choisie. Il goûta donc aux joies du succès; il devait en connaître les amertumes, heureusement adoucies par les courageuses sympathies qui toujours en naissent...

Travaillant sans trêve, ayant beaucoup appris aux autres, il cherchait encore à s'instruire; et je ne puis oublier qu'en 1884, à l'hôpital Bichat, il me fit l'honneur d'assister assidûment à ses premières leçons sur l'étude clinique de la tension vasculaire et des cardiopathies artérielles.

Plusieurs fois, je l'ai revu dans le cours de sa dernière maladie, et alors j'ai pu juger, au point d'en être sincèrement ému, toute la générosité de son cœur, la résignation touchante avec laquelle il sentit venir la fin, ou..., le recommencement. Car, cette sérénité d'âme, la puisons-nous toujours dans la foi religieuse, refusée à quelques-uns, ou encore dans cette pensée philosophique, acceptée par d'autres, que la mort est le repos naturel, accidentellement interrompu et troublé par la vie? N'importe. Il a vécu en homme utile à la science et aux malades; il est mort, il a recommencé en sage l'éternel repos.

Mais, tout ne meurt pas avec nous, et par nos enfants se renouvelle la vie. Son fils, ancien interne très distingué des hôpitaux, a mesuré l'héritage; il saura le garder et l'agrandir encore. Nous lui adressons l'expression sincère de nos profonds regrets; à sa veuve courageuse et vaillante, l'hommage ému de notre respectueuse et douloureuse sympathie. — H. Huchard.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 27, RUE SAINT-BENOÎT.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

De l'alimentation des nouveau-nés par le lait de chèvre

Par AL. BOISSARD, *accoucheur à l'hôpital Tenon.*

Tous les moyens ou plutôt tous les produits naturels qui viendront augmenter nos ressources pour l'alimentation des nouveau-nés doivent être examinés avec la plus sérieuse attention, surtout dans une grande ville comme Paris où l'alimentation des enfants du premier âge constitue un vrai problème.

A une époque où l'alimentation mercenaire devient heureusement chaque jour de plus en plus difficile, coûteuse et aléatoire, à une époque où l'on commence à s'apercevoir des dangers qu'il y a à s'écarter des lois naturelles, et des inconvénients qu'il y a à rejeter les ressources mises par la nature à la disposition de la créature, il semble difficile de repousser sans examen le lait de chèvre de l'alimentation des nouveau-nés.

Estimant qu'il y aurait une coupable légèreté à bannir d'emblée et sans autre forme de procès ce mode d'alimentation, nous avons essayé dans notre service à la Maternité de Tenon le lait de chèvre, et ce sont les résultats obtenus que nous venons exposer dans ces quelques lignes qui fixeront l'attention sur ce mode d'alimentation appelé, croyons-nous, à rendre des services au point de vue de l'hygiène alimentaire des nourrissons.

L'usage du lait de chèvre pour l'alimentation des nouveau-nés est loin d'être une chose nouvelle; après l'allaitement maternel, c'est le mode d'alimentation artificielle le plus ancien et le plus répandu, et l'on sait la place que tenait autrefois l'élevage de la chèvre, qui a été un des premiers animaux domestiqués.

C'est inimaginable combien notre époque, qui passe pour une époque d'indépendance et de libre examen, est sensible à l'ostracisme prononcé par une voix autorisée. Il semble difficile aujourd'hui de ne pas accepter comme d'indiscutables vérités des formules tombées de la bouche de certains oracles; il y a comme une religion scientifique d'Etat.

En 1880, c'est-à-dire, il y a 20 ans, Tarnier, adoptant les formules de ses prédécesseurs, affirmait que le lait de chèvre ne convenait pas aux nouveau-nés; employé pur ou coupé, il n'en a obtenu de bons résultats ni dans l'un ni dans l'autre cas; du coup, l'emploi du lait de chèvre était rejeté de l'alimentation des nouveau-nés; pour notre part, nous pensons qu'il y a lieu de revenir sur ce jugement qui n'a pu être porté par un auteur de bonne foi, et un observateur de la valeur de Tarnier qu'en raison des conditions défectueuses de l'expérimentation; d'où provenait le lait de chèvre employé? Quelles espèces caprines fournissaient le lait? Quelles étaient les conditions dans lesquelles se faisait la traite des chèvres? Quel était enfin le mode d'alimentation des chèvres? On connaît actuellement l'importance capitale de ces questions, dont la solution peut expliquer les succès qu'on est en droit d'attendre aujourd'hui de l'usage du lait de chèvre pour l'alimentation des nouveau-nés.

Il est incontestable qu'il existe encore actuellement des préventions contre l'emploi du lait de chèvre, mais nous pensons qu'elles disparaîtront le jour où une étude consciencieuse sur cette question sera présentée au corps médical.

Une partie de ces préventions était justifiée par les conditions défavorables où se trouvaient les chèvres laitières; leur alimentation était défectueuse ou insuffisante; la traite se faisait sans précaution et sans propreté, enfin le lait était renfermé dans des flacons mal lavés ou mal bouchés; on connaît toutes les heureuses modifications qui ont été apportées de ce côté-là, et chacun sait les beaux résultats qui sont obtenus aujourd'hui pour le lait de vache.

Il y a cependant une critique qui a été justement adressée au lait de chèvre, nous voulons parler de son odeur particulière, et de la variabilité extrême de sa composition, quant à sa teneur en beurre et en caséine.

L'odeur du lait de chèvre est en rapport avec le mode d'alimentation des chèvres, *avec la sélection des espèces* et le croisement des races; le lait que nous avons expérimenté provenait de chèvres alpines ou murciennes; *frais*, il n'a *pas d'odeur*; c'est même là un moyen précieux pour reconnaître avec certitude la qualité du lait et sa provenance; au contraire, le lait provenant de chèvres non sélectionnées présente une odeur *sui generis*.

Quant à la variabilité de la composition du lait de chèvre, elle est incontestable, comme le démontre le tableau ci-dessous, mais il est facile de constater que cette variabilité est en rapport avec la race de la chèvre et avec l'époque du part; en s'adressant à telle ou telle race, on pourra donc avoir un lait plus ou moins riche en beurre et en caséine; enfin le lait de chèvre est extrêmement riche en phosphates, ce qui a son importance au point de vue de l'évolution dentaire et de la formation du système osseux.

Le lait de chèvre a donc été rejeté de la pratique, ou tout au moins exceptionnellement employé en raison de sa composition variable en beurre et caséine, et en raison de la difficulté d'avoir du lait toute l'année; si l'on songe, en effet, que le lait de chèvre contient, suivant les races, de 35 à 85 grammes de beurre et de 22 à 70 grammes de caséine, on comprend que, donné sans discernement, et pour ainsi dire au hasard des provenances il ne puisse convenir à l'alimentation des nouveau-nés; mais si, par

Digitized by Google

une sélection judicieuse des races, et une alimentation appropriée des chèvres, on arrive à obtenir un lait d'une teneur en beurre et en caséine à peu près constante, dont la composition se rapproche très sensiblement de celle du lait de femme, nous ne voyons pas pourquoi un tel lait ne prendrait pas une place importante dans l'alimentation des nouveau-nés.

ANALYSES DE LAITS DE CHÈVRE

	N° 1 Grosse chèvre des Pyrénées (lactation ancienne)	N° 2 Chèvre de Murcie (lactation ancienne)	N° 3 Chèvre de Murcie (lactation nouvelle)	N° 4 Chèvre suisse (lactation ancienne)	N° 5 Chèvre suisse (lactation nouvelle)	N° 6 Chèvre de Malte	N° 7 Lait provenant de 60 chèvres alpines	N° 8 Ensemble de la traite
Réaction	Neutre	Légèrement alcaline	Faiblement alcaline	Neutre	Faiblement alcaline			Neutre
Densité	1031. 5	1032. »	1030. »	1032. 5	1027. »	1033. »	1025. 3	1030. »
Résidu sec	139. 75	128. 75	129. »	115. 5	100. »	146. 5	102. 5	132 5 par lit.
Eau	891. »	903. »	901. »	917 »	926. »	» »	» »	897. 5
Sels	7 50	7. 50	7. 20	8. »	6. »	8. 10	7. 45	7 85
Partie organique	132 22	121. 25	121. 80	107. »	94. 5	» »	» »	124. 65
Beurre	50. »	36. 50	41. »	26 »	24 »	44. 83	31. 40	39. 6
Sucre de lait	54. 02	55. 66	47. 97	52. 78	46. 74	46. 30	41. 50	49 »
Caséine	27. 80	28. 40	31. 33	28. »	22 76	36. 62	24. 10	34. 5
Lactoprotéine et div.	0. 43	0 68	1 50	0. 72	1 »	» »	» »	1. 55

Le lait de chèvre, que nous avons expérimenté, c'est-à-dire après sélection des races, traite aseptique et usage de carafes propres et bien bouchées, nous paraît offrir trois avantages d'une valeur incontestable; la possibilité d'avoir un lait absolument frais et vivant, n'ayant subi aucune modification par des chauffes successives ou par la stérilisation, aucune altération par un voyage prolongé; on sait qu'une grande partie du lait de vache consommé à Paris provient de vacheries distantes de 80 et 100 kilomètres; au contraire, pour le lait de chèvre, il sera possible de faire la traite à domicile, en transportant dans des voitures spéciales les chèvres laitières; de toute façon, la traite ayant lieu dans des chévreries parisiennes, le lait pourra toujours être consommé frais; en second lieu, la chèvre étant absolument réfractaire au bacille de Koch, il n'y aura aucune crainte de la transmission de la tuberculose en donnant le lait cru, c'est-à-dire à peine réchauffé, et ce point nous paraît d'une importance capitale en ce temps de lutte contre la tuberculose ; enfin, les résultats fournis par l'expérimentation (digestions artificielles par la gastérine), démontrent l'extrême digestibilité de ce lait, comparable à celle présentée par le lait de femme; ces expériences feront du reste l'objet d'une communication ultérieure.

En raison des avantages que nous venons de signaler, et en présence des résultats cliniques obtenus d'ores et déjà, nous pensons qu'on trouvera un précieux auxiliaire dans l'emploi et l'usage du lait de chèvre, mais de suite, nous ajoutons que pour que les résultats soient satisfaisants, il est de nécessité absolue que la récolte, la traite et la distribution du lait soient faites dans des conditions irréprochables. Le danger ou les déceptions commenceront le jour où la consommation tendra à devenir supérieure à la production et chaque fois que le lait ne sera pas donné frais; il faut donc, qu'en dehors de la sélection des races et du mode d'alimentation des chèvres, le *lait soit pour ainsi dire recueilli sur place*; c'est-à-dire à Paris, quitte après 4 ou 5 mois de stabulation, à renvoyer les chèvres loin de Paris. pour les remettre au vert; à cet effet, on créera autant de chévreries parisiennes qu'il sera nécessaire, de façon à augmenter la production suivant les besoins.

On sait que le bon lait de vache est celui qui est fourni par le fermier-propriétaire qui ne vend que le lait recueilli dans ses propres étables; dès qu'en raison de l'extension de sa clientèle, il veut fournir plus de lait qu'il n'en produit dans sa ferme, la qualité du lait baisse ; il cesse d'être fermier pour devenir entrepositaire de lait recueilli dans le voisinage, d'où l'éclosion des mélanges que l'on connaît et qui sont vendus sous le nom de lait.

Jusqu'à présent, c'est-à-dire en l'absence des chaleurs, le lait que nous avons donné aux nouveau-nés provenait exclusivement de la traite du matin; mais le lait fourni par les chévreries parisiennes devra être livré au moins deux fois par jour. Nous rappelons qu'*un des grands avantages du lait de chèvre est la possibilité de pouvoir toujours donner du lait frais au nouveau-né*; avec le téléphone et un service rapide de transports, il sera toujours facile de livrer le lait fraîchement trait et on demandera du lait frais comme on fait venir de chez le pharmacien une potion ou un ballon d'oxygène.

Le lait de chèvre que nous avons employé était donné soit dans le service, c'est-à-dire à des tout

Digitized by Google

nouveau-nés, soit à notre consultation externe de nourrissons, c'est-à-dire à des enfants âgés de quelques mois ; chez les premiers comme chez les seconds, le lait, donné non coupé, était bien supporté; outre l'augmentation du poids, les garde-robes ne présentèrent pas d'odeur ; leur coloration seule nous a paru un peu particulière, s'éloignant du type bouton d'or ou œufs brouillés pour se rapprocher de l'aspect d'un potage à la farine de maïs ; deux fois nous avons donné du lait de chèvre à des enfants syphilitiques que ne pouvaient alimenter leurs mères, et nous pensons qu'en pareil cas l'usage du lait de chèvre pourra rendre des services.

Actuellement, nos recherches cliniques sont encore trop récentes et trop limitées pour nous permettre de porter un jugement ferme et définitif sur ce mode d'alimentation, mais nous croyons pouvoir déjà affirmer que l'emploi du lait de chèvre sera un adjuvant précieux dans l'alimentation des nouveau-nés, sous la réserve que ce lait, provenant de races caprines sélectionnées, sera donné avec les précautions de la plus minutieuse propreté, et fourni dans les conditions de célérité et de fraîcheur qu'il sera facile d'obtenir.

Causerie clinique & thérapeutique[1]

Hôpital Necker. — M. H. Huchard

A propos de la cardio-sclérose et de son traitement. — Bruit de galop et tachycardie. — Dyspnée toxi-alimentaire et insomnie. — Embarras gastrique lacté ; moyen de le prévenir et de le combattre. — Pâleur ou pseudo-anémie par angiospasme, son traitement. — Bruit de galop droit et erreurs de diagnostic.

La malade, âgée de 52 ans, que nous soignons depuis longtemps déjà pour de la cardio-sclérose avec dyspnée toxi-alimentaire, présente un bruit de galop présystolique. Je ne cesse de répéter qu'*il n'y a pas de bruit de galop sans tachycardie*, et vous voyez ici la confirmation de cette règle, puisque les pulsations chez cette malade atteignent 140 par minute. Chez les sujets atteints de cardio-sclérose, lorsque le cœur commence à précipiter ses battements, on peut affirmer, en général, que le bruit de galop ne va pas tarder à se montrer ; et le meilleur moyen de provoquer l'apparition d'un bruit de galop presque latent chez les cardio-scléreux, c'est de les faire marcher un peu vite ou courir quelques instants.

D'autre part, cette malade présente un état hyposystolique se manifestant par un peu d'œdème des membres inférieurs, et cette hyposystolie chez elle est non pas d'origine cardiaque, mais d'origine dyspnéique. Ce qui prouve que l'état hyposystolique n'est pas ici d'origine cardiaque, c'est que les médicaments cardiaques et en particulier le premier d'entre eux, la digitale, n'ont pas agi chez cette malade. Elle n'a d'ailleurs pas de râles dans les poumons. Mais elle est sujette à des phénomènes respiratoires que je décris sous le nom de *dyspnée toxi-alimentaire*.

Souvent, il y a en même temps de l'insomnie, et celle-ci est *fréquemment inséparable de la dyspnée toxi-alimentaire*; ces malades ne dorment pas parce qu'ils ne respirent pas ou respirent mal. Donc, le meilleur moyen de les faire dormir, ce n'est pas de leur donner du chlorel, du sulfonal, de la chloralose, c'est de traiter leur dyspnée toxi-alimentaire, c'est de les mettre au régime lacté, qui devient ainsi un hypnotique indirect. Nous avons, en ce moment même dans notre service d'hommes, un malade, chez lequel le régime lacté a fait rapidement disparaître, dès le premier ou les premiers jours, la dyspnée d'abord et l'insomnie ensuite, preuve que celle-ci est sous la dépendance de celle-là.

Chez cette malade, le traitement vient se heurter à un obstacle : l'intolérance lactée. Elle ne supporte plus bien le lait, la langue est blanche, saburrale, et cela probablement parce qu'elle a négligé une précaution qui a son importance. Si chez ces malades soumis au régime lacté, vous ne prenez pas la précaution de leur faire laver la bouche après chaque tasse avec un peu d'eau de Vichy ou d'eau bicarbonatée, il reste dans la bouche et les voies digestives quelques particules de lait qui, subissant une sorte de fermentation, arrivent à déterminer à la longue ce que j'appelle *l'embarras gastrique lacté*. Or, celui-ci est parfois très difficile à faire disparaître, à ce point même qu'on peut être obligé d'avoir recours au lavage d'estomac. Mais, comme il s'agit ici d'une malade de la campagne, qui ne fait que passer ici, nous allons essayer d'abord un moyen plus simple : un vomitif avec 2 grammes d'ipéca en 3 cachets à 10 minutes ou un quart d'heure d'intervalle.

En résumé, cette femme présente trois particularités intéressantes : état gastrique accidentel dû à l'intolérance lactée; état hyposystolique déterminé par la dyspnée et une cardio-sclérose sans albuminurie; imperméabilité rénale qui se manifeste par la dyspnée toxi-alimentaire. D'où, le traitement : d'abord par un vomitif, comme je viens de le dire; ensuite par le régime lacté; enfin, par la théobromine, qui n'est pas un médicament cardiaque, mais un médicament rénal, diurétique, à la dose de trois à quatre cachets de 0,50 centigrammes par jour.

Les malades atteints de dyspnée toxi-alimentaire, sont presque toujours pâles, à cause de l'angiospasme

(1) Rédigée par Guéniot, interne du service (Causerie clinique à la consultation du vendredi).

Digitized by Google

(les toxines alimentaires étant éminemment vaso-constrictives), et alors, le meilleur moyen de faire disparaître cette pâleur, c'est de prescrire le régime lacté, qui dissipe les phénomènes d'angiospasme en privant la malade de ses toxines vaso-constrictives habituelles. Au lieu de cela, combien voyons-nous de ces malades qu'on traite vainement comme anémiques par le fer, par un régime substantiel, carné, des viandes saignantes qui ne peuvent qu'accentuer les phénomènes d'angiospasme, au lieu de les combattre! Ce sont là, non pas des anémiques, mais des pseudo-anémiques, et ici l'erreur diagnostique est grave parce qu'elle conduit à des erreurs thérapeutiques. La première indication consiste à introduire dans les voies digestives le minimum de toxines alimentaires vaso-constrictives, et l'on y répond par l'administration du régime lacté absolu. La seconde indication est celle de combattre les accidents résultant de l'angiospasme, et l'on y arrive par la prescription d'une médication vaso-dilatatrice : trois à cinq cuillerées à soupe par jour d'une préparation renfermant soixante gouttes de la solution au centième de trinitrine pour 300 gr. d'eau. On diminue la dose, on suspend le médicament dès que la céphalalgie de la trinitrine (céphalalgie frontale pulsatile) devient réellement intolérable.

Comme cette malade souffrait de troubles gastriques, j'ai entendu l'un de vous me dire que le bruit de galop pouvait bien être sous leur dépendance. Car, vous n'ignorez pas qu'à côté du bruit de galop *gauche*, symptomatique d'une hypertrophie cardiaque par sclérose artérielle généralisée et sclérose rénale consécutive, on a voulu admettre un bruit de galop *droit*, symptomatique d'une dilatation du ventricule droit par suite de troubles dyspeptiques. Il en résulterait alors une difficulté de plus pour le diagnostic dans certains cas où la néphro-sclérose se complique de troubles digestifs, Or, cette difficulté n'est qu'apparente, puisqu'il n'y a *qu'un* bruit de galop, celui du ventricule gauche, puisque le bruit de galop droit est *extrêmement rare, si même il existe*. Cette notion est même en contradiction avec la physiologie qui a toujours démontré, proclamé (en France, du moins) le parfait synchronisme des deux cœurs. D'autre part, le cœur des scléreux est très dilatable, à droite comme à gauche, plus souvent à gauche, et quand le bruit de galop s'entend un peu plus à droite, il est le résultat des mêmes lésions que celui de gauche. Si j'insiste sur ce fait, c'est parce que j'ai vu commettre de graves fautes thérapeutiques au nom de cette idée purement théorique, et que le galop *droit* par troubles digestifs n'est le plus souvent qu'une erreur de diagnostic.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Désinfection du vagin pendant le travail de l'accouchement

Par le Dr Demblin, *accoucheur des hôpitaux*

La doctrine antiseptique est une : ses règles sont les mêmes, aussi bien pour l'accoucheur que pour le chirurgien. Partout, mais principalement dans les milieux chargés de microbes pathogènes, dans les grandes villes, il faut réaliser l'asepsie de tout ce qui doit entrer en contact avec une plaie, et des surfaces cutanées ou muqueuses qui l'avoisinent.

Réellement, en obstétrique, la propreté scientifique, rigoureuse, est souvent difficile à réaliser; non pas, certes, pour les instruments, les pièces de pansement, les solutions médicamenteuses ou l'eau stérilisée, les mains de l'opérateur et de ses aides, mais pour la femme elle-même. Les soins préparatoires ont été pris souvent avec négligence pendant la grossesse; l'accouchement se déclare inopinément, à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. A l'hôpital ou dans la clientèle pauvre, la parturiente sollicite notre assistance le plus tard possible. Pendant les suites de couches, le pansement vulvaire est trop fréquemment illusoire parce que l'accouchée elle-même le déplace et le souille, n'imaginant pas qu'elle puisse être assimilée à un blessé quelconque dont la plaie est soigneusement protégée par un appareil que le chirurgien seul a le droit d'ôter.

En outre, si la cavité utérine est normalement aseptique, le vagin, en revanche, fourmille toujours de microbes. Dans la marche naturelle des événements, le fœtus quitte un milieu stérile, aseptique lui-même, et il s'infecte dans le vagin : il emporte au dehors, en naissant, les germes qu'il y a pris. Mais, supposons une version par manœuvres internes, ou une délivrance artificielle : la main de l'accoucheur, si pure soit-elle, se souille dans le trajet de la vulve à l'utérus, où elle risque de faire un ensemencement. L'injection intra-utérine, commandée dans ces circonstances, est-elle toute puissante? Certainement non, et il serait oiseux de reprendre ici la discussion de l'antisepsie opposée à l'asepsie pure et simple. Jamais un agent antiseptique (cliniquement utilisable, c'est-à-dire inoffensif dans le sens de la toxicité, par sa nature ou par les doses auxquelles on l'emploie), aux prises avec les germes d'une plaie infectée, n'a pu inspirer la même sécurité que l'état parfait d'asepsie.

Chez la parturiente, la vulve et le pénil sont aisément nettoyés, mais il en est autrement pour le vagin dont les replis muqueux abritent et recèlent tant de microbes. On sait bien qu'une injection vaginale simple même antiseptique, est insuffisante.

Digitized by Google

Avec ou sans soins préalables pendant la grossesse, il convient, au moment du travail, de désinfecter soigneusement la vulve, en premier lieu, et puis le vagin. Nettoyage utile pour l'enfant d'abord, pour la femme aussi, qu'elle accouche normalement ou que, par imprévu, elle doive, ultérieurement, subir d'urgence, une opération quelconque, une délivrance artificielle, par exemple.

Steffeck, étudiant la question au point de vue bactériologique, s'est proposé de désinfecter à la fois le col et le vagin. « Pour cela, pendant qu'avec une canule à un trou il projette le liquide de l'injection (sublimé à 1 pour 3000), sur le museau de tanche, il introduit un doigt dans le col aussi haut que possible — le doigt arrive généralement jusqu'à mi-hauteur du canal cervical, — place un autre doigt dans le cul-de-sac antérieur du vagin et avec ces deux doigts, il frotte à la fois la paroi antérieure du canal cervical et le cul-de-sac antérieur du vagin. Cela fait, il change la disposition des doigts; celui qui était dans le vagin, passe dans le col, et celui qui était dans le col, se loge dans le cul-de-sac postérieur du vagin; puis, nouveau frottage qui ne cesse qu'au moment où l'injection est terminée. » (Tarnier). Mais les microbes réapparaissent vite dans le vagin, et pour en assurer l'asepsie, Steffeck, après frottage à deux doigts, pendant une injection, fait en outre, de deux heures en deux heures, des injections vaginales antiseptiques « en ayant soin d'enfoncer la canule jusqu'au fond du vagin, dans le cul-de-sac, autour du col et même au niveau de l'orifice utérin ». Vérification bactériologique faite, « la stérilisation du vagin était encore absolue huit heures après la désinfection. » (Tarnier).

Pour éviter les inconvénients du frottage avec les doigts, Auvard fit construire une canule vaginale métallique terminée par une extrémité arrondie et mousse, s'ouvrant par une sorte de grillage. Les arêtes mousses de cette extrémité sont destinées à exercer le frottement sur la paroi vaginale. Grâce à cette canule, on peut aller frotter et irriguer les parties les plus reculées du vagin.

Avec un seul doigt et avec une canule, on étale et on déplisse difficilement les parois vaginales et la désinfection risque d'être imparfaite.

Dans les opérations gynécologiques, dès que la malade est endormie, on savonne l'intérieur du conduit vaginal en y introduisant une brosse longue et étroite, préalablement aseptisée, bien entendu. Chez une parturiente, au début du travail, en dehors de toute anesthésie, ce brossage serait pénible et difficilement accepté. Il peut être utilisé au moment même d'une application de forceps, dès que le chloroforme exerce son action.

Il m'a paru avantageux et pratique d'employer un speculum particulier dont l'introduction ne détermine ni douleur ni appréhension même. Le professeur Tarnier, cherchant à examiner commodément la muqueuse vaginale des accouchées atteintes d'escarres profondes, avait fait grillager le speculum de Cusco. Le professeur Fournier en a fait de même pour celui de Ricord, afin de porter les topiques directement sur les surfaces malades. Le speculum de Trélat qui a la propriété d'écarter beaucoup plus largement ses valves que les précédents, m'a semblé convenir plus spécialement aux femmes enceintes, dont le vagin assoupli par la gravidité se laisse tant distendre. J'ai prié M. Collin de grillager ces valves aussi complètement que possible. Avec cet instrument, on découvre toute la surface interne du canal vaginal, on en déplisse les parois, que l'on peut frotter sans douleur, au moyen d'un morceau de coton ou de gaze aseptique, enroulé au bout d'une pince à pansement et imbibé d'eau savonneuse.

En somme, dans tout accouchement, même normal, il est très simple, après nettoyage complet de la vulve, de savonner, de frotter et d'irriguer la muqueuse vaginale au moyen du speculum de Trélat grillagé; le col lui-même s'offre à la préparation antiseptique (frottage, savonnage, suivis d'un attouchement avec une solution iodo-iodurée, par exemple). Ces soins peuvent être pris à toute période du travail, sans le secours de l'anesthésie. Si une opération devient nécessaire, commandée par une indication urgente, le champ opératoire se trouve ainsi tout préparé d'avance. Dans le cas où l'on est moins pressé, rien n'empêche de recommencer le même savonnage immédiatement avant l'intervention.

CLINIQUE MÉDICALE

Des hematémèses dans la diphtérie

Par M. Deguy, *ancien interne des hôpitaux*

La production d'hematémèses dans la diphtérie est un phénomène rare, à tel point que, pendant cinq années passées dans le service de la diphtérie des Enfants-Malades, notre maître, M. Sevestre, n'a eu l'occasion d'en observer qu'un seul cas, celui que nous allons rapporter.

Cependant, avant d'entrer dans le détail des faits, nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer la discordance qui existe entre la pathologie expérimentale et la clinique à ce sujet.

Si l'on s'en rapporte à l'expérimentation simple, on voit que les lésions de l'estomac sont fréquentes à la suite d'injections de toxines diphtériques ; et si l'on fait de la clinique, on voit que c'est une rareté. Expérimentalement, MM. Enriquez et Hallion injectè-

Digitized by Google

rent de la toxine diphtérique à 2 chiens et 7 cobayes; ces animaux succombèrent dans l'espace de 3 à 15 jours. Ils observèrent sur l'estomac et aussi sur l'intestin des *ecchymoses*, des *escarres*, des *ulcérations* multiples à fond et bords hémorragiques, siégeant de préférence vers la petite courbure ou la région pylorique. Plus la mort était lente, plus les lésions étaient accentuées. Histologiquement, il s'agissait de foyers de nécrose limités, avec de la distension des capillaires, des hémorrhagies interstitielles, de l'infiltration embryonnaire de la sous-muqueuse, et enfin de l'endartérite.

Ces lésions étaient constantes; or, elles sont rares dans les diphtéries humaines, peut-être faut-il voir là un des heureux effets du sérum; nous le croyons volontiers; mais cependant, nous voyons encore assez souvent des diphtéries toxiques non injectées en ville et qui succombent, et même dans ces cas, les escarres, les ulcérations stomacales, les hematémèses sont rares. Peut-être les animaux sont ils plus sensibles que l'homme, et, à ce sujet, nous rapporterons une curieuse observation du Dr Wheeler (*The Veterinary Magazine, 1894*).

Il rapporte le cas d'un enfant atteint de croup, et qui donna la diphtérie à son père. Un chien de 3 ans, qui était dans la maison fut pris à son tour de vomissements, même sanglants avec salivation. La muqueuse linguale était rouge, ainsi que les gencives, mais pas de fausses membranes. Le chien mourut. L'examen bactériologique et la culture décela des bacilles de Lœfler typiques.

Dans son article sur la diphtérie, M. Sevestre ne fait que mentionner les hematémèses (*Traité de pathologie infantile*) qui auraient été vues par divers auteurs. Austen et Coggill (*The British med. Journ. mars 1895*), sur 880 diphtériques hospitalisés à Western Fever Hospital observèrent 58 cas d'hémorragies, soit cutanées, soit des muqueuses, et, sur ces cas ils relatent 10 fois des hematemèses. Aux autopsies, parmi les hémorragies de sièges variables, ils en notent dans les parois de l'estomac et de l'œsophage. Ils signalent les analogies de l'hémorrhagie diphtérique avec celles du cours des autres affections spécifiques et les attribuent à l'altération du sang par des produits toxiques microbiens.

Ritter von Rittershain en 1871 observa un enfant de 30 jours, qui, le 11e jour après le début de son angine eut une abondante hematémèse. On trouva des érosions superficielles de la muqueuse stomacale. Steinmann, en 1890, nota aussi des érosions de la muqueuse pylorique chez une enfant de 7 ans atteinte de diphtérie secondaire à une scarlatine.

Enfin Gandy (*Th. Paris, 1899*) rapporte une observation assez complète de Hibbard que nous croyons utile de transcrire:

Fille de 3 mois; bacilles de Lœfler dans le pharynx, mais sans fausses-membranes, melœna au 13e jour, mort au seizième.

Autopsie: sur la paroi postérieure de l'estomac, près de la grande courbure et du pylore, se voient deux grandes pertes de substance, elliptiques, de plusieurs centimètres de long; leurs bords sont décollés par places, leur fond atteint la sous-muqueuse. Entre elles, est une aire parsemée de plusieurs érosions punctiformes, circulaires, superficielles. Reins pâles, mous; foyers de nephrite avec streptocoques. Nodules de bronchopneumonie.

Examen histologique. — Bords nécrotiques, décollés d'un côté: sur ce point, le tissu conjonctif de la sous-muqueuse a subi la nécrose fibrinoïde. La base de l'ulcère est formée de tissu nécrotique qui s'étend par places à travers la sous-muqueuse et la musculeuse; il y a là un amas fibrinoïde. Il n'y a point de tissu de granulation, point de réaction inflammatoire. Dans la sous-muqueuse, au voisinage des bords: inflammation embryonnaire abondante, quelques thromboses hyalines des petits vaisseaux sanguins. L'auteur fait remarquer que cette nécrose fibrinoïde du tissu connectif, et ces thromboses hyalines rappellent ceux qu'on observe parfois au-dessous des fausses-membranes de la diphtérie.

Grenhow (*Transactions of the patholog. Society, 1863*), a également cité un cas d'hematémèse mortelle dans le cours d'une diphtérie. Lespine a publié un cas semblable.

Voici maintenant le fait que nous avons observé:

R... Jules, âgé de 5 ans 1/2, présentait dans ses antécédents une rougeole à l'âge de un an. Il s'enrhumait facilement; puis, commença à être mal en train trois jours avant son entrée à l'hôpital et eut quelques vomissements et un peu de diarrhée. Au dire des parents, il ressentit un léger mal de gorge seulement le matin de son entrée, et bientôt de la difficulté à respirer, avec toux rauque et voix éteinte. Aucun traitement n'a été fait, ni contre la fièvre, ni contre l'insomnie, ni contre l'angine. On ne trouve pas de diphtérie dans l'entourage.

C'est dans ces conditions, avec un tirage continu qu'il est amené à l'hôpital des Enfants Malades, le 30 juin, à 8 heures du soir. Il est tubé immédiatement. L'examen de la gorge, au moment du tubage, montre de grosses amygdales déchiquetées et recouvertes de fausses membranes blanc-jaunâtres. Pendant le tubage, il expectora d'ailleurs plusieurs fausses membranes.

La température, le soir était de 38°4.

Dans la nuit du 1er au 2 juillet, une fausse membrane obstruant le tube, on dut le detuber à 11 heures du soir; puis le tirage reprenant, il fut retubé à 3 heures du matin, et la respiration devient plus calme. Température le 1er juillet 38°2 le matin et 38°6 le soir. Le 2 juillet, à la visite, le malade est plus abattu avec un facies pâle mais sans ganglions, sans gonflement du cou. Il crache à nouveau plusieurs membranes, et alors, nous ordonnons une nouvelle injection de sérum de 20 centimètres cubes, le petit malade en ayant déjà reçu 30 à son entrée. Le pouls étant

Digitized by Google

faible et rapide, on pratique de plus une injection de sérum artificiel et de caféine.

Vers midi, l'état général empire, le malade devient de plus en plus pâle, avec une dyspnée intense, il est syncopal. La surveillante fait alors une nouvelle injection de caféine et deux d'éther. On m'appelle en toute hâte, et, séance tenante, à une heure de l'après-midi, on détube l'enfant. Cette manœuvre ramène un calme tout à fait relatif, le tube était bouché et son ablation fait cesser le tirage, mais il persiste une dyspnée toxique des plus intenses.

L'auscultation pulmonaire ne révèle rien d'anormal, pas de bronchopneumonie; mais, à l'auscultation du cœur, on constate un rythme embryocardiaque des plus nets. Notre pronostic était simple, fatal à brève échéance. On ne retube pas le malade, mais on fait dans l'après-midi deux enveloppements froids. Vers cinq heures, il vomit une quantité assez considérable de liquide noirâtre, mais n'excédant pas cependant une centaine de grammes.

A six heures, la dyspnée augmentant à nouveau, et le tirage devenant très intense, en désespoir de cause, je tente de pratiquer un nouveau tubage, une hématémèse de cent grammes environ de sang noirâtre se produit, et la mort survint presque aussitôt.

Jamais, on n'avait trouvé d'albumine dans les urines. Le 2, au matin, la température était de 38°4. Une heure avant la mort, elle était de 40°4.

Les résultats de l'autopsie ont été les suivants : A l'ouverture de la cavité thoracique, il n'y a pas d'adhérences pleurales. Le poumon gauche, ne présente comme lésions qu'un peu de congestion et un peu de bronchite capillaire dans le lobe inférieur; ainsi que de l'emphysème marginal. Le poumon droit présente les mêmes lésions de bronchite du lobe inférieur avec congestion; mais, en aucun point, on ne trouve de bronchopneumonie. Le cœur est mou, flasque, un peu dilaté, d'une coloration pâle. La mitrale et les sigmoïdes sont saines, de même que la tricuspide. Le cœur droit, assez dilaté, contient des caillots fibrineux, principalement l'oreillette et l'auricule. L'aorte est plutôt petite, sans lésions. Le péricarde était indemne et ne contenait pas de liquide.

La rate est petite, pèse 43 grammes.

Microscopiquement, les reins, de volume normal, ne présentent aucune lésion, si ce n'est un certain degré de pâleur de la substance corticale.

Le foie, de volume normal, pesant 620 grammes, présente les lésions suivantes : adhérences du grand épiploon sur la face supérieure du lobe droit à la partie antérieure; la partie postérieure présente des adhérences avec le diaphragme. A la coupe, on constate une stase sanguine assez marquée dans les espaces portes et sus-hépatiques; le parenchyme est de coloration terreuse et paraît très altéré. La vésicule biliaire, distendue ne contient pas de calculs.

Le pharynx est violacé, mais ne présente pas de foyers ecchymotiques. A l'ouverture du larynx, on trouve sous la face inférieure de l'épiglotte des fausses membranes diphtériques peu étendues.

L'œsophage, examiné dans toute son étendue, ne présente qu'à sa partie moyenne, une arborescence vasculaire peu marquée du reste, et sans aucune ulcération. La trachée est saine; les ganglions peritrachéobronchiques sont un peu plus gros que normalement. L'intestin, dévidé dans toute son étendue ne présente que de la congestion par stase sanguine, mais aucune lésion de la muqueuse.

Tout l'intérêt, aussi bien anatomique que clinique se concentrait sur l'estomac. Cet organe était dilaté; et, même avant de l'ouvrir, on constate la présence, dans son intérieur, d'une certaine quantité de liquide. Ce liquide était formé d'environ 800 grammes de sang digéré couleur marc de café. En lavant avec prudence, sous un mince filet d'eau, la muqueuse apparut parsemée d'ecchymoses très petites, d'apparence purpurique, rappelant assez bien un piqueté scarlatiniforme très intense. Le maximum des lésions était au niveau du cardia et de la petite courbure. A l'œil nu, on ne constate que de minime exulcérations à peine de la grosseur d'une tête d'épingle et qui ne sont visibles que par le dépoli de la muqueuse à leur niveau. Si on regarde l'estomac par transparence, on voit une congestion partielle très intense; les vaisseaux gorgés de sang dessinent à l'infini une série de petites ramifications très tenues, et c'est à l'extrémité de ces arborisations que se trouvent les foyers purpuriques d'extravasation sanguine. Nous disons que cette congestion était partielle, car nous constatons seulement trois gros troncs dilatés avec ecchymoses à leur terminaison, les parties avoisinantes étant normales à l'œil nu.

En somme, l'autopsie nous révélait la présence d'ecchymoses sous-muqueuses de l'estomac avec minuscules érosions superficielles très nombreuses, et la présence de 800 grammes environ de sang noir marc de café dans la cavité de cet organe. Cliniquement, il y avait eu deux hematémèses ante-mortem; tout se vérifiait, et l'absence d'autres lésions constatée à l'autopsie nous permettait d'affirmer qu'il s'agissait bien réellement d'une hematémèse sous la dépendance de la diphtérie. Ces faits doivent être excessivement rares, puisque, comme nous l'avons dit, depuis 5 ans que M. Sevestre est au pavillon de la diphtérie, il n'en a observé aucun cas, et le chiffre des entrants au Pavillon Trousseau est assez élevé : 680 en 1898 et plus d'un millier en 1899. Peut-être, faut-il attribuer cette rareté à l'influence bienfaisante de l'antitoxine, car si nous considérons actuellement ces accidents hémorrhagiques comme une curiosité, les anciens auteurs les signalaient à titre de complication non exceptionnelle.

En terminant, disons que nous avons fait des coupes histologiques de l'estomac, coupes passant par les minuscules érosions ci-dessous décrites, et voici ce que nous avons constaté sur des coupes colorées à l'hemateïne-aurantia : Au niveau des érosions, la couche glandulaire est partiellement ou totalement détruite; le fond de l'érosion est limité par une zone mince de tissu embryonnaire. Les exulcérations en aucun endroit ne dépassent la couche glandulaire. A côté des érosions, là où la muqueuse n'est pas détruite, on constate deux ordres de lésions à savoir :

Digitized by Google

1° Une couche de tissu embryonnaire inflammatoire en îlots sous-glandulaires entre les glandes et la muscularis. Ces îlots inflammatoires s'observent également par places en plein tissu glandulaire ; 2° Aux points inflammatoires maxima, les glandes se colorent plus difficilement et commencent à entrer en dégénérescence.

A côté de ces lésions, il en est une autre qui mérite toute notre attention, ce sont les lésions des vaisseaux, dont les parois ne paraissent pas altérées, mais dont la cavité très distendue est remplie par du sang thrombosé. De telle sorte que si nous voulons en deux mots qualifier les lésions observées, nous dirons qu'il y avait : thromboses vasculaires, gastrite sous-muqueuse et interstitielle glandulaire. Exulcérations superficielles.

Consultation Thérapeutique

Du traitement de la Lymphangite

Résumé Clinique. — La lymphangite succède toujours à une inoculation septique. Presque toujours il s'agit des membres, et ce sont les petites plaies, écorchures, etc. des extrémités (pieds et mains qui sont le plus souvent le point de départ des lymphangites.

Celles-ci débutent différemment suivant les cas.

Tantôt ce sont les phénomènes généraux qui ouvrent la scène, tantôt les phénomènes locaux : ils peuvent ne pas être en rapport les uns avec les autres, quoique leur intensité dépendant, et de la violence de l'agent pathogène, et du terrain sur lequel il se cultive, soit en général corrélative.

Lorsque les phénomènes généraux débutent, le malade est pris d'un frisson ou de petits frissons successifs, avec élévation de la température, fréquence du pouls; la température atteint de 38° à 40° et plus ; en même temps, sensation d'abattement, de fatigue, de dépression générale.

Presque en même temps, on observe les signes locaux de la lymphangite qui peuvent eux aussi se montrer tout d'abord.

Il faut distinguer deux variétés cliniques essentielles qui peuvent coexister ou se montrer isolément.

La lymphangite réticulaire ou lymphangite des réseaux se montre sous forme de plaques rouges, à bords légèrement surélevés et assez nets tranchant par leur couleur et la légère saillie des bords sur les tissus environnants sains. La couleur de la plaque peut aller du rose tendre au rouge plus ou moins foncé, même ecchymotique, la plaque peut se recouvrir de phlyctènes plus ou moins nombreuses. Elle est très douloureuse à la pression ; l'effleurement même est pénible; le doigt n'y perçoit pas d'empâtement, mais une sorte d'œdème mou et souple. La douleur spontanée est très vive, elle est cuisante, brûlante ; elle est accompagnée d'accès de fourmillements ; cela s'explique par l'action de l'inflammation du réseau lymphatique sur les réseaux nerveux intra et sousdermiques. Le malade accuse une pesanteur du membre atteint qui lui paraît lourd comme du plomb.

La lymphangite tronculaire ou lymphangite des troncs se montre au-dessus de la réticulaire ou seule, sous forme de traînées rouges, plus ou moins rectilignes, suivant le trajet des lymphatiques sous-cutanés. La lymphangite tronculaire est aussi très douloureuse, la rougeur est due à une vraie périlymphangite.

L'adénite ou inflammation des ganglions qui reçoivent les lymphatiques enflammés se produit généralement assez vite après la prise des vaisseaux ; il est bien rare qu'elle soit absente. Par contre, elle peut exister sans que les vaisseaux soient envahis. En somme, la lymphangite se traduit par des phénomènes généraux d'infection, des phénomènes locaux et l'engorgement ganglionnaire. Elle peut se résoudre ou suppurer.

La résolution se montre après des poussées successives de plaques ou de traînées lymphangitiques plus ou moins étendues ; la peau se desquame au niveau des plaques et des traînées ; les phénomènes généraux ont disparu, les glandes ont dégonflé et peu à peu sont devenues indolentes ; mais il persiste encore pendant quelque temps un œdème plus ou moins étendu, surtout au membre inférieur lorsque le malade se met à se lever et à marcher. Lorsque la suppuration se produit, elle se traduit par la formation d'abcès sousdermiques ou le long des vaisseaux enflammés, sans réaction du côté de l'état général.

Sur la lymphangite peut se greffer le phlegmon diffus et la gangrène, surtout chez les diabétiques, les albuminuriques, les alcooliques.

Traitement. — Le traitement de la lymphangite est local et général.

Local, il doit s'adresser à la porte d'entrée de l'infection, à la lésion des lymphatiques elle-même.

La petite excoriation, la plaie qui est le point de départ doit être désinfectée, pansée antiseptiquement.

Le traitement local de la lymphangite varie suivant que l'on a affaire à la lymphangite des réseaux ou à celle des troncs.

Pour la lymphangite réticulaire non suppurée se traduisant par les plaques que nous avons décrites, les pansements les meilleurs, à notre avis, sont les suivants :

Lorsque la tension et la douleur ne sont pas très vives, lorsque le mal est relativement limité, on peut recouvrir toute la surface atteinte de stérésol adhésif en badigeonneant avec lui la plaque de lymphangite et en dépassant largement les bords ; le collodion élastique peut être employé de la même façon.

Lorsque la réaction est plus vive, lorsque la brûlure, la cuisson sont intenses, les bains et enveloppements humides donnent d'excellents résultats.

Pour le membre supérieur il est facile de le baigner ; il n'en est pas de même pour le membre inférieur.

Pour le membre supérieur, 2 ou 3 fois par jour on ordonnera un bain local pris dans un récipient ad hoc, bain très chaud, aussi chaud qu'il pourra être toléré, en ayant soin de le maintenir pendant toute la durée à une température égale. Il devra durer de 15 à 20 minutes chaque fois.

Pour le membre inférieur, les bains sont encore indi-

Digitized by Google

qués quand il s'agit du pied et de la partie inférieure de la jambe, plus haut ils sont difficilement applicables. On les remplace alors par des applications locales de compresses trempées dans de l'eau très chaude. Trois fois de suite, à dix minutes d'intervalle, on entoure le segment de membre malade de compresses de tarlatane imbibés d'eau très chaude que l'on recouvre ensuite d'un taffetas imperméable ; on renouvelle toutes les 3 ou 4 heures la même manœuvre. Sous son influence les douleurs se calment généralement très bien.

Lorsque l'inflammation est très vive la pulvérisation phéniquée au 1/000 donne de bons résultats. Après avoir protégé contre le spray les environs avec des plaques de taffetas imperméable on dirige sur la région, 3 ou 4 fois par jour, le jet d'un pulvérisateur à vapeur dont le bocal contient de la solution phéniquée au 1/50. La pulverisation doit durer de 20 à 30 minutes. Elle est analgésique à un haut degré.

Entre temps le membre malade sera enveloppé de compresses trempées dans un liquide légèrement antiseptique, sublimé à 1/5.000, acide phénique au 1/100, recouvertes d'un imperméable.

Il sera tenu légèrement élevé et le poids des couvertures reposera sur un cerceau le protégeant.

Lorsque la lymphangite se résout, que la desquamation commence. il suffira d'isoler, à l'aide de poudre d'amidon, pour atténuer les démangeaisons qu'éprouvent ordinairement les patients.

Si la lymphangite suppure, le traitement sera celui des suppurations, les incisions et débridements avec pansements antiseptiques humides.

La lymphangite tronculaire réclame le même traitement que la lymphangite réticulaire lorsque les deux sont associées ; toutefois on pourra y ajouter une révulsion qui souvent agit très efficacement et qui consiste à appliquer tout le long du trajet des lymphatiques enflammés des pointes de feu que l'on répétera s'il le faut. Il est probable qu'il se fait sous cette influence un appel de phagocytes qui agissent efficacement sur les éléments infectieux.

Même traitement par les bains, les enveloppements, etc., la pulvérisation.

Outre le traitement local que nous venons d'exposer, il est bon de tonifier le malade, de lui faire garder le repos le plus complet de la partie atteinte de lymphangite.

Il ne faudra pas le laisser se lever trop tôt, et lui recommander de grandes précautions et une grande réserve dans les premiers temps pour que des poussées nouvelles ne se reproduisent pas alors que le mal est encore incomplètement éteint.

Pour le membre inférieur, il sera bon de le comprimer méthodiquement et légèrement sous une bande de crépon pour éviter et combattre les œdèmes qui pourront se produire.— SCHWARTZ, *chirurgien de l'hôpital Cochin.*

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Posologie du valérianate d'amyle. — On connaît le pouvoir dissolvant du valérianate d'amyle sur la cholestérine. La formule suivante qui donne une préparation d'un goût agréable fournit de bons résultats dans les cas de lithiase biliaire.

Valérianate d'amyle..	0 gr. 50
Mucilage de Carragaen à 5 %..	14 grammes
Huile d'amandes douces	12 —
Sirop de framboises.....	30 —
Eau distillée.....	30 —

Faire une émulsion par simple mélange en agitant vigoureusement la bouteille.

A prendre en une seule fois dans un demi-verre de lait. — A renouveler.

Ovules au tanin. — La gélatine étant précipitée par le tannin on peut avantageusement avoir recours à la gélose dans la préparation des ovules et des suppositoires au tanin. La formule suivante donne un produit de bonne consistance:

Gélose	3 grammes
Eau.	50 —
Glycérine.....	50 —
Tanin.....	10 —

Faire dissoudre la gélose au B. M. dans le mélange de glycérine et d'eau. Quand la dissolution sera complète, ajoutez le tannin et faites-le dissoudre. Puis coulez dans des moules *ad hoc.*

Solution odontalgique :

Phénol neigeux.....	2 grammes
Menthol.....	2 —
Chlorhydrate de cocaïne.....	2 —
Chloral	2 —
Gaïacol	2 —

Triturez au mortier. On obtient ainsi un liquide pâteux facile à employer et qui possède à la fois une action caustique et analgésique. On peut augmenter le pouvoir caustique en augmentant la proportion de phénol. A. GUILLAUMIN.

Formules de lotions excitantes à employer dans les alopecies (BROCQ) :

Résorcine	0.15 à 0.25 centigr.
Goudron purifié	1 à 3 grammes
Savon noir	0.30 cg. à 1 gramme
Soufre précipité.....	1 à 3 grammes
Lanoline.....	àà 10 grammes
Vaseline pure	
Teinture de benjoin....	Q. S. pour aromatiser

A mettre tous les soirs sur les plaques de pelade un peu de cette pommade.

2° Le matin, faire une friction des plaques malades avec la solution suivante :

Acide acétique cristallisé.....	5 grammes
Teinture de cantharides	10 —
— de romarin.....	àà 20 —
— de jaborandi	
— de quinine	
Rhum	125 —

Pour faire tous les matins une friction des parties malades.

M. D.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

On parle beaucoup, peut-être un peu trop, des médicaments nouveaux (beaucoup d'appelés, et peu d'élus). Il en résulte qu'un certains nombre de médicaments anciens qui ont cependant fait leurs preuves, sont trop délaissés par les praticiens. C'est pour cette raison que j'ai prié M. Brissemoret, mon ancien interne en pharmacie et chef du laboratoire de pharmacologie à la Faculté, de vouloir bien, d'une façon régulière (tous les 15 jours ou tous les mois par exemple) publier des articles sur les *médicaments anciens*, sorte de formulaire à opposer à celui des médicaments nouveaux. Les praticiens s'intéresseront à cette publication, et nous espérons que notre distingué et savant collaborateur sera fidèle à sa promesse. Tous nos lecteurs s'uniront à nous pour le remercier. — H. Huchard.

L'Erysimum

L'erysimum des boutiques (velar, moutarde sauvage) est un sysimbrium, le *sysimbrium officinale*, crucifère très répandue sur le bord des chemins : le nom d'herbe au chantre qu'il portait communément lui est resté à la suite d'une cure célèbre. Racine, souffrant d'un enrouement, fut guéri par cette plante qu'un chantre de Notre-Dame, devenu aphone, avait déjà utilisée avec succès.

La réputation du velar fut très grande à la fin du XVIIe siecle et pendant toute la duree du XVIIIe siècle ; cette crucifere était fort employée dans le traitement de l'enrouement et des catarrhes laryngés : sa vogue d'ailleurs était justifiée et Cullen, essayant d'interpréter ses bons effets, disait de ses feuilles : « Presque toutes les plantes siliqueuses sti-« mulent communément, quand on en mange, les « glandes muqueuses de l'arrière-bouche et détermi-« nent en conséquence une excrétion plus considé-« rable de mucus. C'est pourquoi, quand l'enrouement « dépend, comme il arrive souvent, de la sécrétion « interrompue de ce fluide, il est évident que le sti-« mulus dont nous parlons peut être utile : l'on a « coutume d'employer, dans cette vue, le velar ».

La moutarde sauvage était à peu près tombée dans l'oubli quand, récemment, M. Harmary a, de nouveau, attiré l'attention sur ses propriétés précieuses : elle lui a rendu d'excellents services dans le traitement des catarrhes laryngés aigus et chroniques. On réussit, d'apres lui, par l'emploi des feuilles d'erysimum, à combattre efficacement, non seulement l'enrouement, même lorsqu'il va jusqu'à l'aphonie complète et à rendre, en un jour, la clarté de la voix, mais encore à influencer favorablement l'inflammation de la muqueuse laryngée et à diminuer ainsi la douleur. Dans les catarrhes laryngés chroniques, l'erysimum agit très efficacement lorsque le traitement est continué pendant huit et même quinze jours.

Bien que la composition du *sysimbrium officinale* ne soit pas connue, il est rationnel d'attribuer son action thérapeutique, à la présence dans la plante d'une essence sulfurée qui s'y trouve, si on en juge par la faible odeur des feuilles froissées, en petite proportion. Par ce fait même, il semblerait que le velar puisse être remplacé par d'autres crucifères à essence sulfurée. « Si le velar a dans l'enrouement, « écrit Cullen, quelque avantage sur les autres plantes « du même ordre, il me paraît qu'on doit l'attribuer « à ce qu'il a moins d'acrimonie, ce qui permet de « l'employer plus hardiment et plus fréquemment. « J'ai remarqué, quand je n'avais pas de velar sous « la main, que le sirop de raifort sauvage pouvait le « remplacer, mais il faut que ce sirop soit très faible : « autrement, on ne pourrait en faire un usage fré-« quent ou le continuer longtemps sans affecter la « gorge et y produire de la douleur ».

En effet, ni la racine de raifort, ni la moutarde, ni le cochléaria, ni même la racine de l'erysimum alliacé ne sauraient être substitués au velar, en raison de l'action topique trop énergique de leur essence, mais plusieurs plantes de la même famille qui fournissent une huile volatile constituée surtout par un sénévol de la série aromatique pourraient être utilisées comme succédanés de l'erysimum. Ce sont :

1° Le cresson alénois, les feuilles de grande capucine (1) dont l'essence renferme du sénévol benzylique ;

2° Le cresson ordinaire, l'erysimum précoce dont l'essence renferme du sénévol phényléthylique, plantes auxquelles on peut joindre les feuilles de l'erysimum alliacé qui contiennent une petite proportion de sulfure d'allyle et surtout les feuilles de chou rouge riches en composés sulfurés organiques.

Ces diverses essences possèdent à l'intensité près, une double action stimulante et altérante dont l'utilité est manifeste dans les affections chroniques des voies respiratoires : elles excitent les parties qu'elles touchent et provoquent les sécrétions bucco-pharyngiennes et, par voisinage ou par action reflexe, celles du larynx et des bronches : absorbées, elles améliorent l'état général, s'éliminent, en partie, par la mu-

(1) Il faut éviter d'employer les fruits de capucine qui jouissent de propriétés purgatives énergiques.

Digitized by Google

queuse aérienne dont elles modifient de cette façon également, la surface.

On emploie, à l'intérieur :

1° Le suc d'erysimum à la dose de 15 à 30 gr.

2° L'infusion de feuilles, obtenue en faisant macérer, pendant trois quarts d'heure, dans un litre d'eau chaude de 30 à 60 grammes de feuilles récemment séchées ; on édulcore cette tisane soit avec

Sirop de cresson.	60 grammes

ou mieux encore avec

Sirop de chou rouge.	50 grammes

3° La poudre de graines à la dose de 2 à 4 gr. à l'extérieur :

La teinture alcoolique (1/5) à la dose de 5 à 10 gr. en gargarisme, soit seule, soit associée à l'aconit, dans les cas très rebelles.

Infusion de ronces.	150	grammes
Sirop de codéine.	50	—
Teinture d'erysimum	20	—
Alcool de racines d'aconit. . .	deux	—
Sulfate neutre d'alumine . . .	4	—

(*L. Lagrave*)

A. B.

CLINIQUE MÉDICALE

Des pyonéphroses descendantes. — Rayer, le premier, créa la pyelonéphrite comme entité morbide : Klebs en fit la bactériologie, Garcin l'anatomie pathologique ; puis vinrent les travaux de Bazy, Albarran et Hallé, Achard et Renaut. Cependant, ces travaux n'envisageaient guère la pyélonéphrite que comme le résultat d'une infection ascendante de l'appareil urinaire, ce qui n'est qu'une partie de la question, car il peut également y avoir des *infections descendantes*, par *voie sanguine*. Signalées déjà nettement en 1889 par Albarran, par Terrier et Baudoin, par Reblaud, par Vinay, par Rowsing, ces infections descendantes viennent de faire l'objet d'un important travail de notre ami le docteur Gosset (*Thèse Paris* 1900).

La véritable infection descendante du rein est celle qui se produit sur des individus dont l'appareil urinaire était resté scrupuleusement aseptique ; mais elle peut néanmoins exister quand la vessie est déjà infectée. Grâce à cette notion de l'infection descendante, on peut dissocier deux groupes, le premier, le groupe des *pyélites sans cystite*, le second, le groupe des *pyélites avec cystite*. La non existence de cystite est indéniable dans les cas de Rowsing et dans ceux de Gosset, puisque l'intégrité de la vessie a été reconnue par la cystoscopie.

L'infection descendante du rein peut provenir de lésions de l'appareil intestinal. Posner a démontré qu'à la suite d'une ligature posée pendant quelques heures sur le rectum, on constate l'élimination du B coli commune par les reins. Une simple constipation chronique pourrait, d'après Heubner, produire les mêmes résultats. Baginsky, Finkelstein, observèrent de la pyélonéphrite chez les enfants atteints de diarrhée, Rowsing, en a vu au cours de gastro-entérites, de dothiénentérie. Melchior constata également une suppuration rénale due au bacille d'Eberth.

Parmi les autres causes d'infection, il faut citer l'infection puerpérale, des ruptures de l'hymen. La grippe, comme affection générale, a été également incriminée.

L'injection sanguine se déverse par les reins, des micro-organismes injectés dans le sang se retrouvent dans l'urine deux minutes après l'injection (*de Klecki*) ; c'est par l'infection sanguine que se produit l'infection rénale ; mais, dans certains cas, d'après Rowsing, l'infection partie de l'intestin peut aller directement au rein par des anastomoses vasculaires.

A côté de la cause déterminante, le microbe, il y la cause prédisposante de localisation ; cette cause peut être une *hydronéphrose* et Gosset a pu expérimentalement. infecter des hydronéphroses par voie sanguine. Dartigues a observé une infection d'une hydronéphrose datant de 40 ans. On sait que les uretères des femmes en couches sont assez fréquemment dilatés (Cruveilher, Olshausen) et cette cause peut expliquer la fréquence des pyélo-néphrites gravidiques étudiées par Navas, Bué, Rowsing. En somme, la rétention joue, au niveau du rein, par rapport à l'infection, le même rôle qu'elle remplit pour la vessie : elle crée un milieu favorable.

Les calculs sont fréquemment la cause prédisposante de la localisation infectieuse sur le rein ; et, pour n'en citer qu'un cas très net, c'est celui de Rowsing, où un malade eut une pyélonéphrite consécutive à une fièvre typhoïde, et qui s'était développée à la faveur d'une grande concrétion d'acide urique et d'urates qui, évidemment, était de date ancienne. La lithiase rénale peut agir soit en causant de la rétention rénale, soit en lésant la muqueuse du bassinet, ou de la partie supérieure de l'uretère, pouvant donner lieu ultérieurement à un rétrécissement de ce canal avec toutes ses conséquences.

Les néoplasmes, les traumatismes (*Albarran*) peuvent également être une cause de pyonéphrose.

Gosset a essayé expérimentalement de reproduire des pyonéphroses, et a remarqué que cette production exige deux conditions essentielles : un obstacle uréteral, une infection atténuée. L'obstacle uréteral était une ligature, l'agent infectieux du staphylocoque

Digitized by Google

blanc ou du coli-bacille atténué, injecté soit directement dans le bassinet, soit inoculé par la circulation générale.

Les lésions des pyonéphroses descendantes sont surtout localisées au rein, les lésions de la vessie et de l'urètre peuvent manquer et manquent bien souvent, ce qui est absolument l'inverse de ce qui se passe dans l'infection ascendante. On n'observe même pas de cystite descendante, car pour la production de celle-ci, il faudrait de la rétention d'urine et de la congestion vésicale, conditions qui ne sont pas toujours existantes.

La seule lésion qu'on puisse observer sur la vessie c'est une sorte de fausse membrane, d'enduit visqueux, tapissant un point de la muqueuse, l'orifice uréteral correspondant au rein malade.

La poche rénale suppurée peut atteindre un énorme volume, mais plus rarement que dans l'hydronéphrose, car sous l'influence de l'élément infectieux, la sécrétion rénale peut persister un temps très court ou être totalement supprimée. Expérimentalement, le volume de la poche tient à la qualité du liquide, elle est très grosse dans les cas d'uropyonéphrose, petite quand le pus est très concret. Le rein augmenté conserve sa forme générale, il reste lisse; mais il y a des variantes de formes selon que le bassinet est seul dilaté, le rein seul dilaté ou qu'il y a à la fois dilatation pyelo-rénale. Mais, en thèse générale, la dilatation portant à la fois sur le rein et le bassinet, la poche pyelo-rénale, est la conséquence de l'infection descendante. Dans les infections ascendantes, on trouve plutôt des reins petits et sclérosés, avec le bassinet distendu et rempli de pus. A la surface du rein, les parties les plus saillantes correspondent aux endroits où l'athrophie rénale atteint son maximum. Plus la lésion est ancienne, plus les poches suppurées sont multiples, et celles ci peuvent être groupées sous 4 chefs : *a)* les uns proviennent de la dilatation du bassinet et des calices; *b)* d'autres sont creusées aux dépens des pyramides de Malpighi, détruites et refoulées; *c)* celles qui sont développées au milieu de la substance rénale qui les entoure de toutes parts sont de véritables abcès du rein; *d)* enfin, les dernières ne sont que des collections sous-capsulaires.

D'ordinaire, dans les pyonéphroses descendantes, il n'y a ni pyelite, ni urétérite, et, lorsque l'uretère est atteint, c'est seulement sur une faible étendue, au niveau de sa partie toute supérieure, et sur 10 observations de Gosset, neuf fois, le segment rénal de l'uretère était seul atteint. L'uretère ne s'abouche pas au point le plus déclive de la poche pyelo-rénale, et l'orifice de communication entre cette poche et l'uretère est toujours assez étroit. D'autre part, depuis son émergence jusqu'au niveau du pôle inférieur du rein, l'uretère est accolé et soudé entièrement à la poche pyelique, fait important au point de vue thérapeutique. Les vaisseaux sont atrophiés en raison directe du degré de destruction du rein. Histologiquement, on trouve des lésions irritatives de l'épithelium rénal et aussi des lésions du rein opposé. La valeur fonctionnelle d'une poche suppurée pyelo rénale ne peut être déterminée que par l'analyse chimique du liquide qu'elle sécrète.

Le traitement qui intéressera surtout nos lecteurs est envisagé de la façon suivante par Gosset : La chirurgie, dans les cas de pyonéphroses descendantes doit surtout être conservatrice, et l'indication opératoire découle de la non-évacuation du pus; une fois celle-ci assurée, il convient de rétablir le cours normal de l'urine, et ce fait dépend de l'état de l'uretère.

Sans doute, on a cité des guérisons spontanées ou obtenues par le cathétérisme des uretères, sans doute également, la ponction simple comme dans un cas de Pozzi a été suivie de succès, mais ces méthodes sont infidèles et ne doivent être conseillées que dans les cas d'impossibilité du traitement chirurgical.

Celui-ci, d'après Gosset, doit toujours consister en la *néphrostomie*, quitte à recourir plus tard à la néphrectomie si la chose devenait nécessaire. Cette règle ne souffrira d'exception que dans les cas rares où le cathétérisme de l'uretère aura démontré que la valeur fonctionnelle du rein malade est nulle et que le rein opposé est sain; et encore, il ne faut pas se presser, car lorsque le rein ne sera plus en tension, il pourra reprendre une valeur sécrétoire que rien ne ferait prévoir.

Il convient donc toujours d'évacuer largement le pus et de drainer la poche au point le plus déclive, et cela par la néphrostomie; puis, lorsque tout sera rentré dans l'ordre, on fera ultérieurement une nouvelle intervention pour supprimer la fistule lombaire, et rétablir le cours normal des urines par les voies uretérales. Les résultats de ces interventions sont excellents, puisque sur 9 observations, Gosset n'a observé qu'un décès opératoire, alors que l'opération était pratiquée dans de mauvaises conditions; et sur les 8 succès immédiats, 7 sont restés excellents à des dates plus ou moins éloignées, et, une seule fois, il y eut échec. Donc 7 guérisons sur 9 observations suffisent pour affirmer la valeur thérapeutique de la méthode. Quant au modus faciendi, nous ne nous en occuperons pas, ceci étant du ressort des articles de technique opératoire que notre collègue Milhiet doit continuer dans ce journal. — M. Degcy.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des corps étrangers de l'œsophage. — Cet accident, que l'on observe surtout chez l'enfant, est dans certains cas très grave puisqu'il peut amener rapidement la mort par asphyxie. Ces corps étrangers présentent une très grande variété, qui ne manque pas d'intérêt au point de vue thérapeutique. En effet, les corps étrangers lisses, sans aspérités, tels que les boutons, les pièces de monnaie, etc., amènent surtout quand ils sont volumineux des troubles mécaniques en obstruant la lumière du conduit, mais n'entraînent pas de lésions des tuniques œsophagiennes. Au contraire, les corps étrangers pointus, acérés, s'accrochent aux parois qu'ils déchirent et peuvent ainsi entraîner des accidents infectieux graves, d'autant plus que leur extraction est beaucoup plus difficile.

La conduite du médecin sera différente suivant qu'il sera appelé immédiatement après l'accident ou seulement quelque temps après.

A. — Le médecin est appelé immédiatement après l'accident. — a) *Il y a asphyxie.* Le malade présente une dyspnée intense, suffoque, il faut aussitôt porter l'index au fond de la gorge, explorer rapidement le pharynx; ou bien l'on ne trouve rien, ou bien on arrive sur le corps étranger qu'on ne peut extraire; dans les deux cas, il ne faut pas prolonger ses tentatives, le malade asphyxie, il faut faire la trachéotomie.

b) *Il n'y a pas d'asphyxie.* — C'est le cas le plus fréquent. On est appelé pour un malade qui vient vous dit-on d'avaler un corps étranger. La première chose à faire est de s'assurer que le corps incriminé a bien été dégluti et de se renseigner sur son siège.

Les commémoratifs aideront déjà quelque peu, mais avant toute intervention il faut examiner l'arrière-gorge, y promener le doigt afin de s'assurer que le corps étranger n'est ni dans le pharynx ni dans le naso-pharynx.

Sa présence dans l'œsophage sera révélée par la palpation du cou le long du sterno-mastoïdien, on aura parfois une sensation d'induration; le cathétérisme donnera des renseignements plus précieux. Si l'on dispose d'un cathéter muni d'une boule métallique, on pourra obtenir un choc particulier surtout s'il s'agit d'un corps étranger metallique; sinon, la sonde œsophagienne sera suffisante, on aura en un point du conduit une sensation d'arrêt, de barrage. Cette exploration devra être menée avec la plus grande prudence afin de ne pas changer la position du corps étranger, et de ne pas léser les parois.

On a la certitude que le corps étranger est dans l'œsophage, on est renseigné sur son siège, que doit-on faire?

Si le corps est soluble (sucre) on pourra faire boire le malade afin de le dissoudre. Dans les autres cas, on a proposé de provoquer l'expulsion du corps par l'administration de vomitifs, mais c'est un moyen souvent inefficace, et dangereux lorsqu'il s'agit de corps étrangers pointus, qui dans les efforts de vomissements s'accrochent aux parois qu'ils déchirent; il vaut donc mieux ne pas s'y attarder.

Restent deux moyens pratiques : l'extraction par les voies naturelles, la propulsion dans l'estomac; ajoutons-y l'œsophagotomie externe qui ne sera que très rarement pratiquée.

1° *Extraction par les voies naturelles.* — On a inventé de nombreux instruments, mais avec le panier de Grœfe et une pince œsophagienne on viendra à bout de presque tous les cas. Mais auparavant, on ne négligera pas, surtout chez l'enfant, le procédé suivant recommandé par Felizet : « Nous pratiquons le cathétérisme avec une sonde à béquille n° 18. Le contact une fois pris, nous imprimons à l'extrémité de la sonde des mouvements de rotation, qui l'insinuent comme une vrille jusqu'au delà de l'obstacle, jusqu'à l'estomac. Nous injectons alors suivant l'âge de l'enfant 200 à 800 grammes d'eau boriquée tiède et nous retirons doucement la sonde. Son œil accroche au retour la pièce de monnaie, tandis que nous continuons notre irrigation; un effort de vomissement survient; il achève de dégager le corps étranger que nous enlevons avec une singulière facilité, fixé à l'extrémité de la sonde. »

Le panier de de Graefe est très utile pour un grand nombre de corps étrangers, les pièces de monnaie en particulier; on l'introduit doucement jusque sur le corps étranger que l'on cherche à dépasser en imprimant des mouvements variés à la tige. Une fois au-dessous il faut tirer en haut sans s'écarter de la ligne médiane et tirer sans secousses; si l'on est arrêté on imprime quelques mouvements de latéralité pour dégager. Dans certains cas, l'instrument accroche, déchire la muqueuse, s'arc-boute au-dessous du cricoïde; il est même des cas où l'on a eu la plus grande peine à le retirer; c'est pourquoi l'on s'est élevé beaucoup contre l'emploi de cet instrument, qui cependant est très précieux à condition d'être manié avec prudence et douceur.

La pince œsophagienne sera surtout utilisée pour les corps étrangers qui peuvent être saisis directement, dentiers, noyaux, corps arrondis. On l'introduit fermée pour ne l'ouvrir qu'au contact du corps étranger qu'on saisit et extrait facilement. On est obligé de faire plusieurs tentatives. On s'en servira aussi pour l'extraction des aiguilles et des épingles, à moins qu'on ne préfère le parapluie de Fergusson.

2° *Propulsion dans l'estomac.* — On l'opère souvent sans le vouloir pendant les tentatives d'extrac-

Digitized by Google

tion. On la recherchera lorsqu'il s'agit de corps mousses, réguliers, bas situés, jamais pour les corps étrangers irréguliers, pointus, qui pourraient blesser l'estomac ou l'intestin.

La propulsion se fait au moyen d'une sonde œsophagienne ou d'un catheter à boule; on peut adapter une petite éponge à l'extrémité de la sonde, qui sera introduite et manœuvrée doucement.

Avec un peu de patience et de méthode on arrive presque toujours à mener à bien ces petites opérations, mais il arrive qu'on ne peut extraire le corps étranger, que doit-on faire? Il ne faut pas prolonger les manœuvres, car il se produit un spasme de l'œsophage et non seulement l'extraction devient difficile, mais les tentatives deviennent dangereuses. On attendra donc pour recommencer quelques heures même ou le lendemain.

Dans certains cas, chez les enfants en particulier, il sera utile et même nécessaire de recourir à l'anesthésie chloroformique.

3° *L'œsophagotomie externe* reste donc, comme le dit Lejars, une méthode d'exception indiquée lorsque le corps étranger est très volumineux, enclavé, immobilisable, qu'il obture complètement l'œsophage et produit des symptômes de compression laryngo-trachéale, ou bien lorsqu'il s'agit d'un corps étranger acéré, tranchant, qu'il serait dangereux de déplacer.

B. — Le médecin est appelé quelques jours après l'accident. — Sa conduite est beaucoup plus délicate, car dans ces cas la paroi du conduit œsophagien est toujours altérée, souvent il y a infection de la plaie gagnant l'atmosphère péri-œsophagienne, aussi la perforation du conduit est-elle à redouter à la moindre tentative d'exploration ou d'extraction. Est-ce à dire qu'on ne doive pas essayer l'extraction? Non, mais à une condition, c'est qu'on opère avec la plus grande prudence et qu'on ne renouvelle pas après un échec. Il faudra se décider à faire l'œsophagotomie externe, possible seulement pour la portion cervicale de l'œsophage.

Nous ne dirons que quelques mots des corps étrangers de la partie inférieure de l'œsophage dont l'extraction par les voies naturelles ou la propulsion sont impossibles. On a eu recours pour les extraire à la gastrostomie suivie du cathétérisme rétrograde de l'œsophage; cette opération a donné des succès mais elle ne sera que rarement indiquée, n'étant pas à la portée de tous les praticiens.

Ajoutons en terminant que la radioscopie et la radiographie seront d'utiles auxiliaires pour le diagnostic et le traitement des corps étrangers de l'œsophage, malheureusement on ne pourra les utiliser que dans un petit nombre de cas, et en pratique il faut compter sans elles. — Henri Milhiet, *Interne des hôpitaux*.

OBSTÉTRIQUE

Tuberculose et grossesse. — Il n'est pas rare de trouver la tuberculose chez les femmes enceintes; néanmoins, on n'est pas encore bien fixé sur l'influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose. Différentes opinions ont été émises : les uns admettent que la grossesse s'oppose au développement de la tuberculose et qu'elle en arrête la marche. Pour d'autres, au contraire, la phtisie ne progresse pas pendant les premiers mois, mais s'aggrave vers la fin de la grossesse. Mais la plupart des auteurs admettent que la grossesse aggrave la tuberculose dont elle précipite l'évolution. Gaulard (*Journ. des Prat.*, 1876, n° 34), et Ribière (th. de Paris), se rallient à cette théorie à l'appui de laquelle ils apportent des documents intéressants.

Nous avons observé à la Maternité une malade qui, vers la fin du 8e mois de sa grossesse, a eu plusieurs hémoptysies dont deux abondantes; cette femme avait toujours été bien portante jusqu'à cette grossesse qui avait été particulièrement pénible, la malade se trouvant dans de mauvaises conditions. Pendant le 9e mois, plus d'hémoptysies et, à l'examen, respiration rude et saccadée aux deux sommets avec quelques craquements secs après la toux, mais bien limités au sommet. Rien de particulier au moment du travail, pas d'hémoptysie dans les suites de couches, mais modifications très rapides au niveau des poumons; on trouve, vers le sixième jour après l'accouchement, de la submatitité très nette avec des râles humides, non seulement aux deux sommets, mais jusque vers la partie moyenne des poumons. Peu de fièvre, mais amaigrissement notable.

Cette observation montre nettement l'influence de la grossesse qui paraît favoriser l'éclosion de la tuberculose, en raison des modifications qu'elle apporte à l'organisme, devenu un *locus minoris resistentiæ*, surtout lorsque s'y joignent d'autres causes de débilité, surmenage, alimentation défectueuse, misère. Elle montre de plus, le coup de fouet donné à la maladie qui, chez notre malade, a progressé avec une rapidité surprenante.

On a invoqué différentes causes pour expliquer cette influence néfaste de la grossesse sur la tuberculose ; on a incriminé une modification de la fonction respiratoire due au développement de l'utérus qui refoulerait le diaphragme et en gênerait l'abaissement, mais Regnard et Bar ont montré que le jeu de ce muscle n'est pas entravé pendant la grossesse. Peut être vaut-il mieux avec Goulard mettre ces phénomènes sur le compte de la suractivité fonctionnelle imposée aux poumons, et de la congestion permanente dont ces organes sont le siège.

L'influence de la tuberculose sur le fœtus est

Digitized by Google

peut-être moins sensible; cependant, lorsque la tuberculose est à une période avancée, il est rare que la malade mène sa grossesse à terme, les enfants sont chétifs; c'est pourquoi Fiessinger se demandait si la tuberculose n'agissait pas comme la syphilis et les autres maladies infectieuses en provoquant l'avortement ou l'accouchement prématuré.

On devra donc, lorsqu'on fait le diagnostic de tuberculose chez une femme enceinte, mettre la malade dans les meilleures conditions possibles d'alimentation et de repos si l'on veut qu'elle ait chance de conduire sa grossesse à terme et de mettre au monde un enfant bien portant.

Pendant le travail, il sera rarement indiqué d'intervenir, sauf cependant chez les tuberculeuses avancées où l'on pourra terminer rapidement l'accouchement, afin de leur épargner la fatigue et l'épuisement d'un travail prolongé.

Après l'accouchement, la malade sera soignée pour sa tuberculose et prévenue des dangers d'une nouvelle grossesse,

Doit-elle allaiter son enfant? Non, pour deux raisons : d'abord, parce qu'elle sera une mauvaise nourrice, qu'elle aura peu de lait, et du lait de mauvaise qualité et que, par conséquent, l'enfant en souffrira, ensuite, parce que l'allaitement contribuera à l'affaiblir, alors qu'au contraire, il faut relever ses forces par tous les moyens possibles. — H. Milhiet, *Interne des hôpitaux.*

Sociétés Savantes

Les comptes-rendus des Sociétés savantes (Académie de médecine, Société médicale des hôpitaux, Société de chirurgie) doivent paraitre dans le numéro prochain de vendredi.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

De l'alimentation pendant la convalescence.

Les résultats des maladies fébriles sur la nutrition peuvent être assimilés à ceux d'une inanition plus ou moins prolongée. Dans ce dernier cas, ainsi qu'on a pu s'en assurer par des expériences sur des animaux et par une étude faite par des jeûneurs de profession, c'est principalement aux dépens de la graisse que l'individu continue à faire les frais de la combustion organique, mais les tissus azotés, tout en éprouvant des pertes moindres, éprouvent, eux aussi, une déperdition très sensible. L'émaciation, la perte des forces, qui suivent les maladies aiguës, sont le résultat d'un processus analogue, et la perte de poids que subit le corps humain peut atteindre 60 à 70 0/0.

C'est à la restauration de ce déficit que doivent être employés les soins de la convalescence, et l'administration d'une alimentation substantielle résoudrait aisément le problème si la maladie ne déterminait d'autre effet qu'une déperdition plus ou moins accentuée. Malheureusement il est d'autres facteurs dont il faut tenir compte et parmi eux il faut citer, comme compliquant singulièrement les difficultés de l'alimentation pendant les convalescences, les lésions de l'appareil digestif, l'anorexie, la dyspepsie, qui suivent la plupart des maladies aiguës.

Après la fièvre typhoïde, par exemple, cette difficulté est d'autant plus grande que le besoin de nourriture se fait souvent sentir avec une telle intensité qu'il n'est pas rare de constater des accidents fébriles, quelquefois même des rechutes, provoquées par une nourriture trop abondante ou insuffisamment surveillée, par des aliments insuffisamment préparés pour subir la digestion dans un tube digestif dont les lésions sont souvent encore incomplètement préparées.

On comprend donc de quelle importance devra être le choix des aliments au début de la plupart des convalescences. Il semblerait logique que la réparation commençât par celle des tissus qui ont subi les plus grandes pertes ; il est hors de doute cependant que ce sont les muscles qui profitent en premier lieu et d'une quantité considérable de substance azotée est fixée par l'économie aussitôt après la reprise de l'alimentation ; ce n'est que plus tard que la graisse se développe. L'administration des substances albuminoïdes paraît donc indispensable dès le début de la convalescence, les graisses et les hydrates de carbone ne suffiraient pas.

Pour concilier les exigences d'une alimentation rapidement et efficacement réparatrice avec les difficultés qu'opposent à la nutrition des organes digestifs dans un état ordinaire d'atonie et de dyspepsie, on prescrit au début des convalescences des substances liquides ou demi-liquides : lait, bouillon, potages légers, œufs, constituent alors le fond du régime diététique ; on ajoutera deux fois par jour, soit dans une tasse de lait, soit dans du bouillon, une cuillerée à soupe de Poudre de Viande de Trouette-Perret.

On sera surpris de constater avec qu'elle rapidité se fera le relèvement des forces. Cela n'a, du reste, rien qui puisse surprendre, si l'on veut se rappeler que la Poudre de viande de Trouette-Perret qui représente cinq fois son poids de viande crue, est un des aliments les plus riches en principe protéiques que nous possédions ; sous un faible volume elle fournit à l'économie les éléments d'une restauration rapide et épargne en même temps aux organes digestifs les fatigues d'une élaboration aussi bien mécanique que chimique.

Il est bon de faire remarquer que cette Poudre de Viande de Trouette-Perret est très agréable au goût.

L'état de division de la Poudre de Viande permet son imprégnation facile par les sucs digestifs et la peptonisation est rendue par ce fait trois fois plus rapide. Cela explique les excellents résultats obtenus par MM. Debove

Digitized by Google

et Rémond qui déclarent qu'avec la poudre de viande on peut traiter indifféremment toutes les dyspepsies quel que soit leur chimisme ; de là encore les succès si communs aujourd'hui de cette poudre dans la suralimentation. Ses applications en thérapeutique sont, du reste, excessivement nombreuses ; nous en rappellerons entres autres les bénéfices que retirent de l'administration de cet aliment si riche en matières protéiques et d'une assimilation aussi facile, les enfants pendant la période de croissance.

La Poudre de Viande de Trouette-Perret est diastasée, ce qui non seulement en facilite la digestion, mais encore excite et prépare, pour ainsi dire, la bonne digestion du repas suivant. Si, par exemple, on en prend à huit heures du matin ou à quatre heures de l'après midi, une, deux ou trois cuillerées à soupe, on pourrait craindre le manque d'appétit pour le repas ordinaire de midi ou du soir. Il n'en est rien, et bien au contraire l'appétit redouble à ces repas qui sont en outre mieux digérés : la diastase aurait, par la digestion parfaite de la poudre de viande, activé l'énergie des organes digestifs et par suite excité et préparé la bonne digestion des repas suivants.

Il est d'habitude de prescrire deux, quatre et six cuillerées à soupe de Poudre de Viande de Trouette-Perret dans les vingt-quatre heures : on le délaye à froid, soit dans un bol de lait ou de bouillon, soit dans du sirop de punch étendu d'eau ou de lait. Mais on peut fort bien la faire prendre dans un grog simple, dans de l'eau sucrée, du thé, du chocolat ou dans un potage : la saveur de ces préparations n'est nullement altérée par ce mélange. la Poudre de Viande de Trouette-Perret étant sans odeur et même d'une saveur très agréable. Dr Lorchet.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique de dermatologie, par Hallopeau et Leredde, chez Baillière, éditeur.

Les auteurs se sont proposés, disent-ils, un double but : 1° exposer succinctement, mais aussi clairement que possible, nos connaissances actuelles en dermatologie; résumer leurs travaux originaux ainsi que leurs idées personnelles concernant cette science. Leur travail comprend deux parties : l'une consacrée à la dermatologie générale, et l'autre, envisageant chaque dermatose, en particulier ; c'est donc dire qu'il s'agit là d'un traité *complet*, ce qui nous dispense d'en énumérer le contenu, puisque c'est toutes la dermatologie. Vingt-quatre planches coloriées, reproduites des aquarelles de Meheux, ornent le texte et facilitent la compréhension des descriptions, car l'éducation visuelle est une des premières qualités du dermatologiste.

La valeur de ce livre n'a pas besoin de démonstration, M. Hallopeau, par ses nombreux travaux en dermatologie, s'est acquis un nom et une notoriété indiscutable, et l'on ne pouvait s'attendre, de sa part, qu'à une œuvre remarquable. C'est ainsi que nous devons considérer ce volume que nous présentons aujourd'hui à nos lecteurs. D'ailleurs, nous les renvoyons à deux articles extraits, avant la lettre, de ce volume, et que M. Hallopeau a bien voulu nous donner pour le Journal des prochains n°s 3 et 21 et ils pourront juger avec quel soin ce livre a été écrit et de quelle utilité il leur sera. Quant à nous, nous ne pensons qu'à adresser nos plus sincères compliments aux auteurs, et féliciter également M. Baillière du soin qu'il a apporté à la partie matérielle de l'ouvrage. — M. D.

Le Mariage. — *Nullité, Divorce, Accouchement*, par M. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, 1 vol., chez Baillière, éditeur.

M. Brouardel continue la publication de ses intéressantes études de médecine légale, et le nouveau volume continue dignement la série dont nous avons parlé : « *La responsabilité médicale*; *L'exercice de la médecine et le charlatanisme.* — L'*Infanticide.* — Ce nouveau volume présente d'autant plus d'intérêt qu'il traite des questions, toujours d'actualité et toujours importantes pour le médecin qui se trouve bon gré mal gré forcément mêlé à des affaires de ce genre.

Qu'il nous soit permis, à l'occasion de ce nouveau volume, de témoigner à M. Brouardel, de toute notre admiration et de lui adresser nos plus chaleureuses félicitations pour cette suite de travaux qui font le plus grand honneur à la science française dont il est le premier représentant. — M. D.

Traité de Médecine et de Thérapeutique, de Brouardel-Gilbert. — Tome VII. chez Baillière, éditeur.

Le septième volume de cette intéressante publication vient de paraître et contient les maladies du nez, du larynx et de la trachée, des bronches et des poumons. Les maladies du nez ont été étudiées par M. Cartaz; celles du larynx par deux auteurs dont la compétence est hors de conteste : ce sont MM. Castex et H. Barbier. Puis, M. Barth, dans une vue d'ensemble magistrale, expose dans un chapitre d'une précision et d'une clarté remarquables la semeiologie des affections pulmonaires. M. Barth a, pour la rédaction de cet article, employé le même esprit de sagacité clinique, de conscience professionnelle, de modération et de clarté qu'il emploie dans son service hospitalier : ce qui lui fait tant d'adeptes et tant d'amis dévoués. MM. Grancher et Barbier traitent de la tuberculose, sujet délicat, mais qu'ils étaient, par leurs travaux antérieurs et leur notoriété scientifique, autorisés à traiter de main de maître, et cela avec une précision qui leur font le plus grand honneur, d'autant qu'elle exclut la phraséologie dont on fait si facilement abus, et qui consiste à dire pompeusement des vérités que Laënnec exprimait dans un langage simple et compris de tous. MM. Mosny, Claisse, Triboulet, Balzer, Méry et Le Noir, se sont acquittés d'une façon tout à fait remarquable des chapitres isolés de pathologie pulmonaire, dont ils avaient accepté de faire la rédaction. Nous ne pouvons que les féliciter de leurs consciencieux travaux. Je signale à nos lecteurs, l'article *Pneumonie* (pneumococcie pulmonaire) de M. le prof. Landouzy. En somme, ce nouveau traité de médecine est excellent, et nous adressons à MM. Baillière tous nos compliments pour le soin qu'il apporte à cette publication. — M. D.

AVIS A NOS LECTEURS. — Prime. — Tout abonné ancien ou nouveau, a droit, sur sa demande, au volume des *Mementos thérapeutiques* qui vient de paraître. L'administration tient ce volume gratuitement à la disposition des abonnés contre paiement préalable des frais de poste, soit : 0 fr. 30 centimes pour Paris et 0 fr. 60 centimes pour la province et l'étranger.

Il est du prix de 5 francs pour les non abonnés.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huguard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeberg, 207, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Deux cas de crampe des écrivains pour servir à l'étude de l'étiologie

par CH. FÉRÉ, *Médecin de Bicêtre.*

On a pu croire que la crampe des écrivains était le plus souvent dûe à un excès quelconque de l'acte d'écrire, trop longue durée du travail, rapidité excessive, ou à une mauvaise attitude, à un mauvais instrument.

Gallard a bien montré qu'elle se manifeste souvent chez des individus qui écrivent peu (1). Les individus préoccupés ou surmenés par d'autres activités, et en particulier, par le travail intellectuel, y sont sujets.

Elle se développe assez souvent chez des individus entachés de tares névropathiques (2); elle peut être héréditaire (Gallard); elle coïncide fréquemment avec d'autres troubles nerveux, et elle est souvent exagérée par l'émotivité morbide, congénitale ou acquise, capable de provoquer à elle-seule une impotence motrice systématisée (3). Ce n'est pas dire que la fatigue, à laquelle Poore fait encore jouer le principal rôle, n'en joue aucun (4); mais le terrain tient souvent la première place dans l'étiologie.

Ce n'est pas seulement, d'ailleurs, le tempérament névropathique qui constitue une cause prédisposante, Gallard a mis en relief aussi la valeur du rhumatisme et de la goutte. Le froid, les émotions morales (5), les traumatismes (6) peuvent jouer le rôle de causes déterminantes.

Le passage de la crampe d'un côté à l'autre, quand le malade essaie d'écrire de la main gauche, est bien propre à faire admettre avec Duchenne de Boulogne que le syndrome a une origine centrale. Mais les cas dans lesquels le trouble fonctionnel s'accompagne de sensibilité anormale des nerfs ou d'un nerf du bras permettent bien de soupçonner une origine périphérique. Poore a cité des faits qui pourraient être donnés en faveur de l'origine névralgique ou névritique des troubles spasmodiques. Les conditions étiologiques de la crampe des écrivains restent donc très complexes.

Les faits que je vais rapporter me paraissent de nature à montrer que la crampe des écrivains peut constituer un symptôme épisodique lié, soit à un état général, soit à une lésion locale.

OBS. I. — M. B..., 34 ans, industriel, appartient à une famille d'arthritiques où on rencontre la goutte et la migraine. Il a un frère, plus âgé que lui de deux ans, qui est goutteux. Lui-même s'est toujours bien porté en dehors des migraines auxquelles il est sujet depuis l'âge de 22 ans. Il est vigoureux et ne présente aucune tare apparente. Cependant c'est un émotif; il a toujours été sujet à des colères violentes et il a facilement de l'angoisse dans les lieux élevés. Marié à 27 ans, il a eu, à un an d'intervalle, trois enfants qui ont succombé aux convulsions dans les premiers mois. Depuis son dernier accouchement sa femme a été atteinte d'une affection utérine qui a nécessité de longs soins et provoqué une inquiétude constante. Ces soucis se sont aggravés par des difficultés d'affaires. M. B... est devenu sujet à des insomnies, puis à des troubles neurasthéniques, céphalées en casque, crises de courbature, indécision, etc. Sa défaillance était si manifeste que sa femme, à peu près remise de son affection utérine, commença à s'inquiéter de l'avenir, imagina de reprendre ses études de piano pour tirer parti de ses aptitudes au besoin. Elle s'exerçait surtout le soir pendant qu'il travaillait soit à rédiger des rapports, soit à dessiner. Au bout de peu de temps, il remarqua que de temps en temps les doigts qui tenaient la plume exécutaient des mouvements brusques de flexion qui paraissaient provoqués par les excitations auditives. Ces mouvements s'accentuèrent graduellement, et à mesure qu'ils s'accentuaient le relâchement devenait plus incomplet, les muscles restaient dans une tension permanente qui suspendait la fonction. Bien qu'il lui fût impossible de méconnaître la cause de son nouveau trouble, il voulut résister, si bien que bientôt la crampe se produisit sitôt qu'il prenait la plume et indépendamment de toute excitation auditive. Il en était arrivé là six semaines après la première manifestation de la crampe. Il n'existait aucun trouble de la sensibilité, tous les mouvements non adaptés à l'écriture paraissaient libres.

Le malade fut soumis au repos absolu des mouvements adaptes, et soustrait aux excitations auditives, à l'exercice au grand air et à l'hydrothérapie froide. Au bout de peu de jours le sommeil revint, cependant les troubles neurasthésiques ne s'atténuaient que lentement. L'habitude du repos fonctionnel avait provoqué un état de doute systématisé, de sorte que le malade redoutait tout essai d'écriture. Le malade était au repos depuis deux mois lorsqu'il fut obligé de faire un voyage de huit jours pour une affaire urgente. Au retour, le doute avait disparu, il put reprendre la plume sans éprouver de nouvelles crampes.

La provocation de mouvements réflexes par des excitations auditives, est un fait qu'on peut observer dans des circonstances très diverses. L'attention auditive provoque une attitude faciale caractéristique (1), mais ce ne sont pas seulement les muscles

(1) GALLARD, *Crampe des écrivains* (*Progrès médical* 1877, p. 540).

(2) E. CHAMBARD, *Contrib. à l'étiologie et à la symptomatologie des impotences fonctionnelles, impotences fonctionnelles chez les névropathes héréditaires* (*Rev. de Médecine*, 1887, p. 469). — G. KOESTER, *Zur Kenntniss der Beschœftstigungsneurosen* (*Deutsche Arch. f. Clin. Med.* 1898, L X, p. 447).

(3) CH. FÉRÉ, *Dysgraphie émotionnelle* (*C. R. soc. de Biologie*, 1896, p. 907.

(4) G. V. POORE, *Nervous affections of the Hand*, 1897).

(5) CH. FÉRÉ, *La famille névropathique, théorie tératologique de l'hérédité et de la prédisposition morbides et de la dégénérescence.* 2e Ed. 1898, p. 74.

(6) CH. FÉRÉ, *Note sur une crampe des écrivains, consécutive à la compression du nerf cubital,* (*C. R. Soc. de Biologie*, 1887, p. 508).

(1) CH. FÉRÉ, *La pathologie des émotions*, 1892, p. 49.

Digitized by Google

de la face qui entrent en jeu. J'ai observé un goutteux, qui poussait des cris, chaque fois, qu'on jetait du bois menu qui crépitait dans le feu : c'étaient des mouvements réflexes qui ébranlaient son articulation malade. Marshall Hall signale chez les hémiplégiques des mouvements réflexes sous l'influence d'un bruit soudain, exclusivement du côté paralysé (1) Ténicheff (2) raconte le fait suivant relatif à l'éducation des ours savants de la Russie orientale et de la Sibérie. L'ours est placé dans une cage dont le plancher est soumis à une température de plus en plus élevée. Pour éviter autant que possible la chaleur, l'animal se place sur ses pieds de derrière et commence à sauter dans la cage. Le dresseur se met alors à siffler et à battre du tambour. L'ours ne tarde pas à s'habituer à danser au bruit du tambour et du sifflet.

Lorsque l'attention est fixée dans la direction d'un groupe de muscles, c'est ce groupe de muscles qui tend à réagir avec une prédominence marquée à une excitation sensorielle. C'est un fait qu'on peut facilement observer à propos des sons rythmés en particulier. On sent des tractions uniformes synchrones aux excitations et une tendance à la contracture.

La tendance à ces mouvements réflexes est d'autant plus grande que l'action cérébrale est plus affaiblie. On comprend comment elle peut se manifester chez un neurasthénique.

Chez notre malade, la crampe était une manifestation neurasthénique, elle a guéri avec la neurasthénie.

Ce n'est pas la seule condition dans laquelle la crampe peut se manifester comme un symptôme. Les mouvements volontaires prolongés peuvent jouer le rôle d'agent provocateur de l'attaque d'épilepsie. On peut voir le mouvement de l'écriture provoquer des spasmes locaux dont la nature devient plus tard évidente, quand ils sont suivis d'une attaque épileptique plus complète (3). Ces faits peuvent s'expliquer par leur rapprochement avec les expériences de Schiff, montrant que sous l'influence de l'activité d'un groupe des muscles, il se produit un échauffement du cerveau, d'abord limité à la région correspondante de l'hémisphère du côté opposé, échauffement qui tend à envahir tout l'hémisphère, puis les deux hémisphères. D'autre part, en dehors de toute activité professionnelle, des mouvements professionnels peuvent constituer le début de l'attaque épileptique (1).

On peut se rendre compte du fait par les expériences de Luciani et de Tamburini, qui ont remarqué que les centres les plus excitables sont ceux qui correspondent aux muscles le plus souvent mis en mouvement.

La crampe professionnelle peut encore se manifester lorsque l'activité spéciale met en jeu des centres qui sont le siège d'une lésion matérielle. L'observation suivante paraît présenter quelque intérêt à cet égard.

Obs. II. — *Crampe des écrivains provoquée d'abord par le froid et annonçant une hémiphlégie graduelle.*

Le Docteur G., 64 ans, a eu une carrière très active à la campagne, il a été exempt de tout accident nerveux. Il n'y a pas de névropathes parmi ses ascendants, ni parmi ses trois filles ni leurs enfants. Il est sobre; depuis son adolescence, il ne s'est jamais couché que pour des lésions traumatiques. Au mois de décembre 1898, par une journée tempérée pourtant, il avait fait une course en voiture découverte; il avait les mains froides, mais n'avait été frappé d'aucune gêne inaccoutumée. Il avait ausculté et palpé son malade sans rien remarquer, mais quand il en vint à rédiger son ordonnance, il fut arrêté dès les premières lettres par une crampe qui fléchissait tous les doigts et faisait échapper la plume; plusieurs tentatives restèrent infructueuses.

Il sentit ensuite une légère gêne dans les mouvements de la main droite, mais sans faiblesse notable, car il n'éprouvait aucune difficulté à conduire son cheval. Rentré chez lui et réchauffé, il put écrire facilement, ne conservant qu'une légère gêne qui disparut au bout de quelques heures. Depuis ce jour, chaque fois qu'il essayait d'écrire ayant les mains froides, ce qu'il avait toujours fait jusqu'alors sans gêne notoire, il était repris de la crampe, qui s'est produite une douzaine de fois dans les mêmes circonstances pendant les deux mois qui suivirent. Le 5 mars, il se réveilla avec une monoplégie du bras droit. Dans la journée, la paralysie envahit la face et le membre inférieur.

Les troubles de la parole avaient été très légers et n'ont duré que quelques heures pendant lesquelles sa langue heurtait, mais il n'avait nullement perdu l'usage des mots, pas plus au point de vue de la réception qu'au point de vue de l'émission. Depuis, la marche est redevenue possible, la déviation de la face a en grande partie disparu, mais la contracture s'est établie dans le membre supérieur.

Les artères radiales sont flexueuses et dures; il existe une augmentation de la tension artérielle (1950 gr. au sphygmomètre de Bloch).

Dans ce second cas, la crampe s'est présentée comme un symptôme prémonitoire de la paralysie, au même titre que le tremblement ou les mouvements choréiformes ou athétosiques. Cette crampe symptomatique ne diffère pas, en somme, des crampes soi-disant essentielles, autrement que par les rapports constants et exclusifs avec le refroidissement. Si on note une certaine gêne mal déterminée pour les mou-

(1) Marshall Hall, *Memoirs on some principles of pathology of the nervous system. On the condition of the muscular irritability in paralitic limbs (Med. Chir. Trans.* 1839, t. XXII, p. 191).

(2) Tenicheff, *L'activité des animaux*, 1890, p. 179.

(3) Ch. Féré, *Note sur une pseudo-crampe des écrivains de nature épileptique, (Rev. de la Soc, de Biologie*, 1891, p. 1.

(1) Ch. Féré, *Note sur un cas d'épilepsie dont les accès débutent par des mouvements professionnels (ibid.*, 1895, p. 395).

Digitized by Google

vements non adaptés à l'écriture, ce n'est pas un fait spécial. Poore l'a noté dans la crampe vulgaire (1) et quand on prend des mesures exactes, on peut l'observer dans les paralysies, dites systématiques, en général (2).

Consultation Thérapeutique

Traitement des métrites

Exposé Clinique. — La métrite est l'inflammation de l'utérus, toujours due à l'infection. Celle-ci est en effet la cause déterminante, et la métrite succède, soit à l'infection puerpérale, soit à l'infection blennorhagique; dans quelques cas rares elle reconnaît pour cause un cathétérisme septique ou une opération maladroite. A l'infection s'ajoutent un certain nombre de causes adjuvantes qu'il importe de connaître parce qu'elles entretiennent ou aggravent la métrite une fois déclarée; toutes agissent en engendrant la congestion de l'utérus : telle, la menstration, ce qui faisait dire à Bonnet que si l'on pouvait la supprimer pendant six mois, on guérirait facilement toutes les métrites; telles encore le coït, l'accouchement, les traumatismes, la constipation, les déviations utérines, les déchirures du col et du périnée, enfin certains états diathésiques.

On a décrit de nombreuses formes de métrites; en somme la métrite est aiguë ou chronique, cette dernière se localisant surtout au niveau du col avec ou sans participation du corps. Le tableau clinique diffère par quelques détails : la forme aiguë survient après l'accouchement ou l'avortement plus rarement après la blennorrhagie; elle envahit rapidement tout l'organe et s'accompagne de symptômes graves; la douleur est constante et très vive. Au toucher, hyperthermie vaginale, col volumineux, mou, entr'ouvert, donnant issue à une grande quantité de muco-pus verdâtre.

La métrite chronique qui s'installe après la forme précédente ou parfois d'emblée, présente un tableau clinique bien connu, sur lequel nous n'avons pas à insister. Douleur, leucorrhée, troubles menstruels, troubles réflexes du côté des divers organes de l'économie (vessie, rectum, estomac, système nerveux), tels sont les symptômes qui présentent de nombreuses variantes.

A l'examen, l'utérus est peu augmenté de volume, sauf dans la métrite parenchymateuse et hémorragique; sa sensibilité est plus ou moins augmentée, sa mobilité est conservée, mais souvent il est dévié. Le col est dur, déchiré; l'orifice externe est entr'ouvert; la muqueuse en ectropion présente des érosions, des ulcérations, des kystes L'examen au speculum confirme et complète les renseignements donnés par le toucher.

La métrite est facile à reconnaître; il importe au point de vue thérapeutique de différencier l'endométrite cervicale chronique de l'endométrite totale. La première est de beaucoup la plus fréquente; la douleur est peu intense ou nulle, l'utérus a son volume normal; ce qui domine c'est un écoulement muco-purulent visqueux, glaireux très abondant.

Enfin, il faut savoir encore si la métrite est simple ou compliquée de lésions annexielles ou de déviations utérines, car, dans ce dernier cas surtout, traiter la métrite n'est remplir qu'une des indications.

Dans le traitement des métrites, un certain nombre d'indications sont communes à toutes les variétés, d'autres spéciales à chacune. Ce traitement est surtout médical, mais certaines métrites réclament une intervention chirurgicale, soit du fait de la gravité des lésions ou de leur résistance aux moyens médicaux, soit du fait de l'état social de la malade. Il est en effet des malades qui ne peuvent se soumettre au traitement médical parce qu'elles ne peuvent interrompre leurs occupations, étant obligées de travailler pour vivre. Ces malades réclament un traitement de peu de durée; c'est une considération importante qu'il ne faut pas négliger, et le devoir du médecin est de s'adresser au moyen qui les guérira le plus rapidement, c'est-à-dire à une opération chirurgicale. Mais il ne faut pas oublier qu'il existe un traitement prophylactique de la métrite.

Traitement prophylactique. — Peut on prévenir la métrite ou tout au moins diminuer les chances d'infection de l'utérus? Cela n'est pas douteux, et si l'antisepsie présidait à tous les accouchements ou avortements, la métrite serait moins fréquente.

L'antisepsie la plus rigoureuse sera donc observée dans ces cas, et si des débris de placenta ou de membranes restent dans l'utérus, si la malade fait de la fièvre; il ne faut pas tergiverser, le devoir du médecin est de les aller chercher, qu'il le fasse au moyen du doigt (curettage digital), de l'écouvillon ou de la curette. Cette intervention sera suivie d'irrigations intra-utérines fréquemment répétées. Mais si la muqueuse est déjà infectée et que la fièvre continue, il faut recourir immédiatement au curettage utérin.

De même après les accouchements laborieux ayant nécessité une intervention, l'infection étant à redouter il sera prudent de faire préventivement des injections intra-utérines.

Le traitement précoce de la blennorrhagie vulvo vaginale donne également des chances d'éviter l'infection utérine, il ne faudra donc pas le négliger.

Enfin, lorsque pour assurer un diagnostic il sera indiqué d'explorer l'utérus au moyen de l'hystéromètre, il faudra s'entourer de toutes les précautions aseptiques; on ne devra jamais explorer un utérus inutilement.

Traitement médical. — Comprend le traitement des métrites en général et celui de chaque variété.

Le *repos* doit être imposé à toutes les malades atteintes de métrite; et si les femmes voulaient ou pouvaient s'y astreindre, beaucoup de métrites légères guériraient par

(1) V. Poore, *An analysis of seventy five cases of « Writer's cramp » and impaired writing power (Med. Chir. trans.* 1878, LXI, p. 111).

(2) Ch. Féré, *Notes sur les paralysies systématiques (C. R. Soc. de Biologie*, 1893, p. 371).

Digitized by Google

ce seul traitement. Malheureusement, nombre de malades, de par leurs conditions sociales en sont empêchées. d'autres ne veulent pas s'y résoudre. C'est le devoir du médecin d'insister sur ce mode de traitement et d'en faire ressortir toute l'importance.

Repos absolu au lit dans la métrite aiguë et dans la métrite hémorrhagique ; repos relatif dans la métrite chronique, c'est-à-dire séjour prolongé au lit, repos de plusieurs heures sur une chaise longue dans la journée, en évitant dans l'intervalle la marche et la fatigue. Le repos est surtout important pendant la période menstruelle.

Les *grandes injections chaudes* sont très efficaces quand elles sont prises régulièrement. Mais la plupart des malades ne savent pas faire ces irrigations : beaucoup d'entre elles se contentent d'injections dans la position accroupie au moyen d'un petit irrigateur, et s'étonnent de n'observer aucune amélioration. Il faut leur indiquer comment elles doivent prendre ces injections. Un bock émaillé facile à tenir propre, un tuyau en caoutchouc long de 2 mètres, deux canules en verre placées dans la liqueur de Van Swieten dans l'intervalle des injections, voilà tout l'arsenal nécessaire.

La malade doit être dans le docubitus dorsal le siège élevé reposant sur un bassin Le bock doit être suspendu à 60 ou 80 centimètres seulement au dessus du lit afin que le débit soit lent. Matin et soir la malade fera passer quatre, six, dix litre de liquide à une température élevée (50°). Mais certaines malades ne peuvent supporter cette température ; elles pourront alors se servir de canules vaginales spéciales, à double courant, qui permettent d'éviter le contact du liquide avec les parties extérieures. Grâce à ce moyen, la température pourra être élevée jusqu'à 51° et même 52°. La nature du liquide importe peu, car il agit par sa température. Cependant il ne doit être ni irritant ni toxique. L'eau bouillie est très suffisante, mais on peut employer l'acide borique (40/1000), le tanin (20/1000), l'alun (10/1000).

La plupart des femmes atteintes de métrite ont de la constipation qui entretient la congestion pelvienne ; il faut combattre cette constipation au moyen de lavements glycérinés, de laxatifs tels que la poudre de cascara (0,20 à 0,30 centigr. le soir), la cascarine (une ou deux pilules le soir), l'huile de ricin (une cuillerée à café le matin), etc.

Les douleurs seront combattues par des lavements et des cataplasmes laudanisés, par des suppositoires belladonés ou opiacés, par des ovules vaginaux médicamenteux. Il faut enfin proscrire toutes les causes de congestion utérine, fatigue, marche, etc. ; le coït ne peut pas toujours être défendu d'une façon absolue, on recommandera alors la plus grande modération.

L'état général ne sera pas négligé et l'on devra traiter les divers troubles qu'engendre la métrite.

La médication hydro-minérale sur laquelle quelques auteurs insistent beaucoup, n'est qu'une médication consécutive, nous n'avons pas à nous en occuper.

A côté de ces principes généraux applicables à toutes les métrites, il est des indications particulières aux diverses formes.

1° Métrite aigue. — En plus du repos absolu et des injections chaudes, prescrire les bains de siège et appliquer chaque jour des tampons glycérinés qu'on laisse en place pendant 12 heures. Si la douleur est très vive, s'il y a menace de péritonite, on appliquera une vessie de glace sur le ventre, ou si elle n'est pas supportée des compresses d'eau très chaude.

Les sangsues appliquées sur le ventre sont d'un bon effet ; les scarifications du col décongestionnent l'utérus et soulagent les malades ; on les fait au moyen d'un bistouri dont on ne laisse libre que l'extrémité (1 centimètre environ) et qu'on enfonce en une dizaine de points différents sans s'éloigner du museau de tanche. Inutile de dire qu'elles doivent être faites avec les précautions antiseptiques ordinaires.

2° Endométrite catarrhale — Ici, deux indications à remplir : faire de l'antisepsie de la cavité utérine, traiter le col qui est plus ou moins ulcéré et entretient l'endométrite du corps.

L'antisepsie de la cavité utérine peut être obtenue par différents moyens : injections intra-utérines, crayons médicamenteux, tamponnement, destruction de la muqueuse par les caustiques. Nous avons vu réussir très souvent le traitement suivant. Après antisepsie de la vulve et du vagin, dilatation légère de l'utérus au moyen du dilatateur ou des bougies de Hegar, mais doucement, modérément, sans forcer ; s'il y a résistance, mieux vaut mettre une tige de laminaire qu'on laisse 24 heures. La dilatation obtenue, faire un badigeonnage de la cavité avec de la teinture d'iode ou faire une instillation de teinture d'iode au moyen de la seringue de Braun, puis tamponner l'utérus avec de fines lanières de gaze iodoformée qu'on introduit avec l'hystéromètre ; terminer en appliquant sur le col un tampon iodoformé ou salolé. Ce pansement doit être renouvelé tous les jours ou tous les deux jours suivant les cas, et cela pendant une durée de 10 à 15 jours. Il a l'avantage de maintenir l'utérus dilaté et d'opérer un véritable drainage capillaire aussi efficace et plus pratique que le drainage au moyen de tubes en coutchouc.

Doit-on faire des injections intra-utérines ? Quelques-uns les recommandent ; il est certain qu'elles peuvent donner de bons résultats dans quelques cas, mais, outre que la technique est plus compliquée que celle du tamponnement, elles ne sont pas toujours exemptes de danger.

Les crayons médicamenteux, à l'iodoforme, au salol, à l'icthyol, peuvent également être efficaces.

Dans les cas rebelles ayant résisté aux divers traitements, il faut détruire la muqueuse dont les culs de sac glandulaires profonds sont infectés. On a proposé dans

Digitized by Google

ce but les cautérisations au moyen de caustiques solides ou liquides ; la grande objection qu'on peut faire à tous, c'est qu'ils dépassent parfois le but cherché ; les atrésies du col consécutives aux applications de chlorure de zinc sont bien connues. On sera donc d'une extrême prudence dans l'emploi de ces caustiques ; Delbet a recommandé récemment des injections de 11 à 2 centimètres cubes d'une solution de chlorure de zinc à 20 ou 30 pour 100.

Nous croyons que dans ces cas il est plus logique et plus simple de recourir au curettage utérin.

La seconde indication consiste à traiter les lésions du col. Nous verrons plus loin les moyens dont on dispose.

3° Endométrite hémorrhagique. — On prescrira les médicaments hémostatiques, extrait fluide d'hydrastis canadensis, d'hamamelis virginica, de viburnum prunifolium, teinture de piscidia erythrina ; on pourra les associer.

L'ébouillantement, préconisé dans le but de détruire la muqueuse utérine, aurait guéri quelques métrites rebelles; mais c'est encore une méthode trop récente pour qu'on puisse en apprécier la valeur ; de plus, elle n'est pas toujours facile.

Les cautérisations sont possibles des mêmes reproches que précédemment.

Cette forme relève presque exclusivement de la chirurgie ; le curettage donne dans ces cas des résultats merveilleux.

4° Métrite cervicale chronique. — C'est certainement la forme la plus fréquente, celle que le médecin aura la plus souvent à traiter ; c'est dans cette forme que le traitement médical, à la portée de tous les praticiens, donnera les meilleurs résultats. Le catarrhe du col peut accompagner l'endométrite chronique, mais dans la majorité des cas, et notre maître M. Richelot insiste beaucoup sur ce point dont nous avons pu nous rendre compte dans son service, la métrite cervicale chronique existe à l'état isolé.

Lorsque la métrite est peu intense, l'application de tampons glycérinés imprégnés d'une substance antiseptique peut suffire. Après désinfectation du vagin par des injections antiseptiques, le col est essuyé avec un tampon d'ouate humide, le muco-pus enlevé, puis on applique directement sur le col, le tampon glycériné et par dessus un tampon sec.

Les substances médicamenteuses employées sont l'iodoforme, le salol, le tanin, la résorcine, l'aristol, le dermatol, l'airol, l'icthyol.

Ce dernier en solution à 10 ou 30 pour 100 est avec l'iodoforme le plus recommandable, il a l'avantage d'être inodore.

Les tampons sont enlevés au bout de 24 heures, on donne une injection vaginale, puis on place un nouveau tampon glycériné. Au bout de quelques jours, lorsque la secrétion cervicale est moins abondante, on peut les remplacer par des tampons secs saupoudrés d'iodoforme ou de salol.

Lorsque la métrite est plus intense, que les ulcérations du col sont plus étendues, plus profondes, saignantes, il est nécessaire de faire précéder le tamponnement de cautérisations à la teinture d'iode ou à la glycérine créosotée (au 5e ou au 10e). On emploie encore l'acide azotique fumant étendu de partie égale d'eau, le chlorure de zinc au 10e ou au 20e, la glycérine chloralée au 50e, l'acide pyroligneux. Après ces cautérisations, il faut toujours avoir soin de donner une injection vaginale afin d'éviter l'irritation ou la brûlure de la muqueuse vaginale.

Si ces moyens ne suffisent pas, ce qui tient parfois à ce fait que l'orifice externe peu dilaté s'oppose à l'issue des secrétions, il faut traiter la cavité cervicale après dilatation s'il est nécessaire. La cavité est nettoyée avec un tampon de ouate enroulé au bout de l'hystéromètre, puis on la badigeonne avec de la teinture d'iode, de la glycérine créosotée ou icthyolée, du chlorure de zinc au 10e, ou bien on y introduit un crayon iodoformé.

Les scarifications du col seront quelquefois indiquées dans les cas de métrite avec gros col congestionné kystique, mais nous verrons dans un instant qu'une opération chirurgicale est préférable.

Les injections interstitielles doivent être proscrites car on n'en peut limiter l'action.

En terminant, disons que les lésions annexielles ne sont une contre-indication au traitement médical que lorsqu'elles s'accompagnent de symptômes aigus ou bien lorsqu'elles sont suppurées.

Traitement chirurgical. — Le traitement médical que nous venons d'exposer permet d'obtenir de nombreuses guérisons à condition qu'il soit bien dirigé par le médecin, rigoureusement suivi par le malade, et prolongé un laps de temps suffisant. Il est cependant des cas qui résistent et dans lesquels une opération devient nécessaire. On a beaucoup abusé du traitement chirurgical dans les métrites, et il fut un temps, qui d'ailleurs n'est pas très éloigné, où presque toutes les métrites étaient traitées par le curettage. On est revenu de cette erreur et actuellement les indications opératoires sont précises.

Nous n'avons d'autre but que d'exposer ces indications sans entrer dans aucun détail de technique.

Quelles sont les métrites que l'on doit traiter chirurgicalement ? Les métrites chroniques seulement et surtout la métrite cervicale ; Pozzi cependant fait le curettage dans la métrite aiguë blennorrhagique.

La métrite chronique du corps ne résiste pas au curettage fait quelque temps après l'accouchement.

Cependant, le curettage, dit-on, échoue dans certains cas rebelles, cela est vrai, mais dans ces cas, il ne s'agit pas à proprement parler de métrite chronique du corps.

Digitized by Google

Le plus souvent l'infection est à peu près exclusivement localisée au col et l'on comprend aisément l'insuffisance du curettage détruisant la muqueuse du corps, alors que c'est le col qu'il faut traiter. Ou bien encore il s'agit de ce que M. Richelot appelle l'utérus scléreux des arthritiques nerveuses, étiqueté à tort métrite, et nous avons vu de ces malades qui avaient été curettées jusqu'à deux et trois fois sans la moindre amélioration ; il n'y avait donc pas métrite. La meilleure preuve qu'on en puisse donner, c'est que dans ces cas la curette ne ramène rien, la muqueuse n'est donc pas malade.

Dans la métrite hémorrhagique, le curettage est sans aucun doute le traitement de choix, il donne des résultats excellents ; il est même indiqué d'y avoir recours d'emblée. Il en est de même dans l'endométrite exfoliatrice.

Dans la métrite cervicale chronique sans métrite du corps, le chirurgien doit intervenir lorsque le traitement médical prolongé n'a pas amené d'amélioration, et lorsque le col est volumineux avec dégénérescence kystique de la muqueuse.

Mais, comme nous l'avons fait remarquer, il est des malades que leurs conditions sociales empêchent de suivre un traitement médical ; il vaut mieux les opérer d'emblée et les guérir ainsi en 15 ou 20 jours que de les soumettre à un traitement qu'elles ne peuvent suivre. Nombreuses sont les opérations à pratiquer sur le col métritique.

La plus simple est celle de Bouilly, qui consiste à exciser sur chaque lèvre une portion de la muqueuse en creusant une gouttière.

L'opération d'Emmet consiste en une résection latérale avec suture d'une ancienne déchirure ulcérée ou sclérosée.

Dans l'opération de Pozzi ou évidement commissural, après débridement latéral on évide chacune des surfaces cruentées par l'incision d'un petit prisme de tissu, ce qui permet de suturer sans tiraillement sur ces quatre points la muqueuse intérieure à la muqueuse extérieure.

L'opération de Schrœder, qui s'adresse aux métrites avec gros col ulcéré, bourgeonnant, est plus difficile. Après débridement bi-latéral, on sectionne transversalement la muqueuse intérieure qu'on excise en ménageant dans l'épaisseur de chaque lèvre du col un mince lambeau recouvert par la muqueuse extérieure et qu'on replie pour le suturer à la tranche de la muqueuse intracervicale.

Lorsque le col est intéressé dans toute sa profondeur, lorsqu'il est déformé, volumineux, sclérosé, induré, criblé de kystes, il faut s'adresser à une opération plus radicale, l'amputation sus-vaginale du col.

Toutes ces opérations agissent indirectement sur le corps utérin en provoquant un travail de régression qui en fait le meilleur traitement de la métrite du corps quand elle existe. D'ailleurs, on fait presque toujours en même temps le curettage.

Ces opérations devront toujours être pratiquées avec soin avec une antisepsie minutieuse ; à ces deux conditions, elles réussiront bien et ne seront suivies d'aucun des accidents de dystocie observés après les opérations faites suivant une mauvaise technique ou avec une asepsie insuffisante. — Henri Milhiet, *interne des hôpitaux*.

ÉTUDE PHARMACOLOGIQUE

Nouveaux remèdes

De l'emploi de quelques dérivés de la morphine en thérapeutique. — On sait que l'on considère actuellement la morphine au point de vue chimique comme renfermant deux fonctions : une fonction alcool et une fonction phénol ; elle contient, par conséquent, deux oxhydriles, qui ne sont pas de même nature ; tous deux, en effet, peuvent être remplacés par des radicaux acides, mais un seul peut être remplacé par un radical alcoolique.

Par le fait de cette composition, la morphine est susceptible de former de nombreux éthers, un certain nombre de ceux-ci ayant été employés en thérapeutique, dans ces derniers temps; nous croyons utile d'exposer rapidement les travaux les plus récents qui ont été faits sur cette question. Parmi ceux-ci, il faut citer en première ligne ceux de M. Von Mering, qui s'est livré à une étude très approfondie de ces différents corps dont quelques-uns sont appelés à rendre de réels services.

Avant de résumer les principaux résultats des recherches qui ont été faites sur les dérivés de la morphine, il est bon de rappeler que, pour les substances qui, chez l'homme, agissent surtout sur l'encéphale, il ne faut étendre à l'homme les résultats expérimentaux observés sur les animaux qu'avec une extrême prudence.

Ainsi, tandis que la méthylmorphine (codéine), se comporte chez l'homme comme un calmant beaucoup moins actif que la morphine, au point qu'il supporte une dose de codéine, dix et même vingt fois plus forte ; chez la grenouille et chez le lapin, la codéine agit comme poison convulsivant et se montre plus toxique que la morphine.

On pourrait prévoir que les éthers carboniques de la morphine par analogie avec l'éther amido-éthylcarbonique (uréthane), posséderaient un pouvoir narcotique supérieur à celui de la morphine. Les expériences ont confirmé, en effet, ces prévisions.

Un certain nombre de ces éthers carboniques ont été étudiés :

Ether morphine méthyl carbonique
— morphine éthyl carbonique
— morphine propyl carbonique
— morphine amyl carbonique

Ces corps sont très altérables, leurs chlorhydrates et leurs sulfates sont très solubles et se présentent sous l'aspect de cristaux pulvérulents, légèrement jaunâtres, inodores, de saveur amère.

Ces corps étant très altérables, ils ont été essayés aussitôt fabriqués. Chez la grenouille, ils se montrent plus toxiques que la morphine, tout en agissant comme elle. Chez le chien et chez le lapin, ils agissent comme des narcotiques plus puissants. Chez l'homme, l'éther morphine éthyl carbonique à la dose de 0 gr. 01 à 0 gr. 02, contre les douleurs et l'insomnie a une action plus

Digitized by Google

puissante que la morphine, mais cette supériorité de son action sur celle de la morphine n'est pas suffisante pour justifier de son emploi pratique, surtout si l'on considère sa très facile altérabilité.

Parmi les dérivés de la morphine, dans lesquels les deux oxhydriles sont remplacés par des radicaux acides de la série grasse, on a expérimenté les suivants :

La diacétyl morphine (héroine), la dipropronyl morphine, la diisobutyl morphine, la divaleryl morphine.

Ils ont été employés sous forme de solution aqueuse additionnée d'acide chlorhydrique peu de temps avant l'absorption.

Chez la grenouille, ces corps ont une action plus forte que la morphine, ils provoquent plus volontiers les contractions tétaniques et la dose mortelle est moins élevée. Chez le chien, l'action narcotique est plus marquée qu'avec la codéine, l'action tétanique moins forte qu'avec la morphine.

La diacétyl morphine, la dipropronyl morphine, dibenzyl morphine ont une action analogue à celle de la morphine bien que plus faible. Ils diminuent l'excitabilité réflexe et suppriment la toux, mais se montrent moins actifs que la morphine contre les douleurs.

Ces corps, pas plus que les précédents, ne sont susceptibles d'entrer dans la pratique, à cause de leur facile décomposition et de l'instabilité de leurs solutions.

Un certain nombre de dérivés morphinés dans lesquels seul l'H de l'alcool hydroxyle est remplacé par un acide ont été également étudiés :

La mono-acétylmorphine, la mono-propionylmorphine, la mono-benzoylmorphine.

Les chlorhydrates des deux premiers sont solubles au 1/50e, le chlorhydrate de mono-benzoylmorphine est très difficilement soluble.

Chez le lapin, la mono-acétylmorphine a une action moins toxique que la diacétylmorphine bien que la première renferme plus de morphine que la seconde.

La mono-propionylmorphine ainsi que la mono-benzoylmorphine agissent comme la mono-acétylmorphine mais la mono-benzoylmorphine ne produit les mêmes effets qu'à des doses plus considérables 0 gr. 15 de cette substance correspondent à 0,1 d'acétylmorphine. L'action tétanisante de ces substances paraît moins manifeste qu'avec les dérivés de la morphine dans lesquels les deux groupes hydroxyliques sont remplacés par des radicaux acides; par contre, l'action hypnotique et anesthésique paraît nettement plus développée.

La mono-acétylmorphine administrée à l'état de chlorhydrate dans le cas de phtisie pulmonaire avancée avec lésions laryngées graves qui occasionnent de sérieux troubles de déglutition et troublent le repos de la nuit, se montre très efficace à la dose de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 alors que la codéine et la diacétylmorphine ne procurent aucun soulagement. Ce médicament a été également employé avec succès dans les cardialgies, les névralgies, et d'une manière générale comme calmant.

Quelquefois l'absorption de ce médicament est suivie de malaise et de constipation.

La mono-propionylmorphine agit comme la mono-acétyle. On a encore expérimenté quelques dérivés morphinés dans lesquels l'H. du phénolhydroxyle se trouve remplacé par un radical alcoolique de la série grasse ou aromatique :

L'éthylmorphine, la propylmorphine, l'isobutylmorphine, l'amylmorphine,

Ces composés agissent à la façon de la codéine, toutefois l'étylmorphine paraît avoir une action plus intense et plus durable et son chlorhydrate (dionine) est un excellent remède contre la toux de quelque nature qu'elle soit. Elle agit souvent là où la codéine est impuissante.

En raison de l'analogie de l'éthylmorphine avec la méthylmorphine (codéine on pouvait prévoir que ce corps serait susceptible d'applications. D'autre part on sait que les substances dans lesquelles se trouve le radical de l'alcool éthylique exercent une action plus marquée que celles qui renferment le radical de l'alcool méthylique.

C'est ainsi que le trional ou éthyl-sulfane éthyl-méthylméthane doit être préféré au sulfonal ou diéthylsulfane diméthylméthane, parce que dans le premier corps un radical éthyl tient la place d'un radical méthyl.

La propylmorphine, l'isobutylmorphine et l'amylmorphine agissent sensiblement moins bien que la méthylmorphine (codéine) et l'éthylmorphine. Enfin des recherches expérimentales ont été faites sur les dérivés de la morphine dans lesquels figurent des radicaux alcooliques de la série aromatique, la benzylmorphine, la solylmorphine, sous forme de chlorhydrates.

On a recommandé la benzylmorphine et son chlorhydrate sous le nom de Péronine contre la toux des phtisiques à la dose de 0,02 à 0,04 mais son emploi dans la pratique paraît devoir être restreint d'abord parce qu'en raison de son peu de solubilité elle ne se prête pas aux injections sous-cutanées et ensuite à cause de sa saveur légèrement caustique. Cependant elle a été employée avec succès en oculistique comme anesthésique.

La solylmorphine, dont le chlorhydrate est encore moins soluble que celui de benzylmorphine, agit plus faiblement qu'elle.

De tous ces composés il convient donc de retenir surtout la dionine ou chlorhydrate d'éthylmorphine.

Voici quelques formules qui permettent de l'employer :

Potion

Dionine	0 gr. 30
Eau distillée	60 grammes
Sirop simple	20 —

Une cuillerée à café vers le soir.

Pilules

Dionine	0 gr. 30
Poudre et suc de réglisse q. s. pour	30 pilules.

2 à 4 vers le soir. (Kirte)

Suppositoires

Dionine	0 gr. 30
Beurre de cacao q. s. pour faire	30 suppositoires.

2 à 4 par jour.

Le chlorhydrate de monoacétylmorphine et le chlorhydrate de benzylmorphine (péronine) étant susceptibles de rendre quelques services, on pourra les prescrire de la façon suivante :

Elixir

Péronine	0 gr. 30
Eau distillée	0 — 50
Alcool	100 grammes
Sirop simple	100 --

Une cuillerée à café 4 à 5 fois par jour. *(Riform. Med.)*

Pilules

Péronine	0 gr. 30
Poudre et suc de réglisse q. s. pour	30 pilules.

2 à 3 vers le soir. *(Riform. Med.)*

Le chlorhydrate de monoacétylmorphine pourra se formuler de la même façon mais à des doses moitié moindre. A. C.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hémochromatose et diabète bronzé. — La question du diabète bronzé qui donna lieu en 1897 à de nombreuses et intéressantes discussions à la société médicale des hôpitaux a été reprise en 1899, par Anschütz en Allemagne (*Deut. Arch. f. kl. Med.* 1899), et par Eug. Opie, en Amérique. (*The Journ. of experim. med.* 1899). Ce dernier publie une intéressante observation, suivie d'autopsie complète et insiste sur les rapports qui existent entre l'hémachromatose de Recklinghausen et le diabète bronzé de Hanot.

Sous le nom de hémochromatose, Recklinghausen décrivit en 1889 un état de pigmentation des divers organes par du pigment brun dérivé de l'hémoglobine du sang. Déjà Quincke (1877), Tillmanns, Hindenlang, avaient observé des cas de pigmentation généralisée. La coïncidence de cette pigmentation avec le diabète sucré et la cirrhose du foie a été notée par Hanot et d'autres médecins français.

Recklinghausen distinguait deux sortes de pigments : 1° l'hémosidérine, de nature ferrugineuse, de couleur ocre, contenue dans les cellules secrétantes de la plupart des glandes du corps, dans les cellules parenchymateuses et les cellules de Kupffer au niveau du foie ;

2° L'hémofuscine, non ferrugineuse, formée de fines granulations jaunes, contenue dans les cellules musculaires lisses de l'estomac et de l'intestin, des vaisseaux sanguins et lymphatiques, rarement dans les cellules de la vessie et des uretères.

Ces deux pigments dérivent, pour lui, de l'hémoglobine.

Dans les cas d'hémochromatose étudiés par Recklinghausen, la pigmentation était associée à un cirrhose hépatique.

Hanot et Chauffard décrivirent en 1882 deux cas de diabète sucré associé avec une cirrhose hypertrophique du foie et une pigmentation bronzée de la peau. Letulle, Hanot et Schachmann, Brault et Galliard observèrent des cas analogues.

Le syndrôme reçut le nom de diabète bronzé; sa pathogénie a été fort discutée et a donné lieu à de nombreuses théories : 1° La majorité des auteurs français regardent le diabète comme le facteur étiologique essentiel dans le diabète bronzé. Recklinghausen expliquait de la même façon le cas d'hémochromatose avec diabète qu'il avait observé. Pour Hanot et Chauffard, le diabète sucré est la condition primordiale : l'altération du sang, due au diabète, jointe à l'endartérite, cause un trouble dans la nutrition des cellules hépatiques, qui deviennent incapables d'élaborer le pigment normal; le pigment anormal qui s'accumule dans les cellules hépatiques est ensuite disséminé par embolie.

Letulle trouve aussi ce pigment dans les cellules musculaires cardiaques et pense qu'il se forme dans les cellules où on le rencontre, aux dépens de l'hémoglobine du sang.

Brault et Galliard pensent que l'hémoglobine des diabétiques incapable, de se transformer en pigment biliaire, se dépose dans le foie, puis dans le sang et les autres organes.

Pour Hernandez, le pigment tend à s'éliminer et se déposer dans les cellules glandulaires.

Mossé croit que le pigment se forme dans le sang et s'accumule surtout dans le foie à cause de la grande quantité de sang qui traverse cet organe. L'hyperglycémie et la mélanémie concourent à scléroser le foie.

Rendu et de Massary admettent que sous l'influence de la cachexie, l'hémoglobine se décompose au contact des diverses cellules et donne du pigment.

Le rôle accordé au diabète, qui n'est lui-même qu'un syndrôme relevant de causes diverses, est peut-être trop important.

Rien ne prouve que le diabète amène la destruction du sang. Dans le diabète ordinaire, Zaleski, Kretz n'ont pas noté d'accumulation de fer dans le foie ni dans les autres organes. Hanot et Schachmann, Hansemann, etc. ont cité des cas de diabète avec cirrhose du foie sans pigmentation ou avec pigmentation insignifiante;

2° D'autres auteurs invoquent une maladie primitive du sang pour expliquer la transformation de l'hémoglobine en pigment, mais il reste alors à expliquer la pathogénie du diabète et de la cirrhose du foie. Busss croit que la glycémie est due à une oxydation incomplète du carbone résultant de la diminution du pouvoir oxydant du sang.

Marie admet que l'accumulation du pigment dans les cellules cause une inflammation chronique interstitielle des divers organes, notamment du foie. Le diabète bronzé est une entité pathologique distincte, comme le diabète pancréatique.

Achard, Dutournier, Jeanselme, reprennent la conception de Marie et pensent que le diabète est un phénomène accessoire lié à la pancréatite interstitielle.

Anchütz se range à cette théorie.

Digitized by Google

3° Certains auteurs regardent la cirrhose du foie comme le fait primordial et le plus constant (Opie). La cirrhose elle même relève de divers facteurs étiologiques, dont l'intoxication alcoolique est un des plus importants.

En effet, la cirrhose du foie existe dans les faits de simple hémochromatose; dans tous les cas, c'est toujours au niveau du foie que la pigmentation atteint son maximum.

Ces faits indiquent un trouble des fonctions du foie dont les cellules deviennent incapables de transformer l'hémoglobine en pigment biliaire; la cirrhose et l'altération fonctionnelle des cellules hépatiques expliquent la pigmentation et le diabète.

Kretz a vu l'accumulation de pigment ocre dans la moitié des cas de cirrhose hépatique. Il pense que les mêmes substances toxiques en circulation dans le sang peuvent produire à la fois la dégénérescence des cellules hépatiques et la destruction des globules rouges, d'où la cirrhose et la pigmentation. Si la substance toxique agit non seulement sur le foie, mais sur les autres organes, la pigmentation est généralisée.

La surcharge pigmentaire des cellules glandulaires, le dépôt de pigment dans le tissu conjonctif interstitiel, après la mort des cellules pigmentées, deviennent à leur tour une cause de cirrhose.

Lorsque la cirrhose vient à atteindre non seulement le foie, mais le pancréas, le diabète apparaît; ainsi, le diabète bronzé peut être considéré comme un diabète pancréatique, venant compliquer l'hémochromatose et la cirrhose hépatique. Si le diabète marque habituellement le début de l'affection, c'est que celle-ci reste latente jusqu'à l'apparition de la glycosurie. Dans les cas où l'hémochromatose existe et mène à la mort sans se compliquer de diabète, c'est que la maladie n'a pas suivi son évolution complète et que la mort a été causée par une affection intercurrente, comme dans les observations de Hintze et de Opie.

Restent maintenant à étudier la nature des pigments du diabète bronzé, le lieu et le mode de formation de ces pigments.

Nature du pigment des organes. — Les auteurs français qui, après Hanot et Chauffard, ont décrit le diabète bronzé n'ont pas identifié, la pigmentation de cette maladie avec celle de l'hémochromatose de Recklinghausen,

Hernandez reconnut la nature ferrugineuse du pigment. Auscher et Laporte décrivirent deux variétés de pigments : un pigment ferrique, la rubigine, et un pigment dépourvu de fer, soluble dans le sulfure d'ammonium, existant surtout dans l'intestin.

Letulle décrit avec soin trois variétés de pigments dans la cirrhose hypertrophique pigmentaire : le pigment ocre, le pigment granuleux des fibres musculaires lisses et le pigment mélanique de l'épiderme qui subit en même temps une augmentation.

Origine du pigment ocre ou hémosidérine. — La production du pigment ocre est liée à une destruction intense du sang. On sait que dans l'anémie pernicieuse où le sang subit une destruction marquée, le fer se dépose dans le foie et dans d'autres organes, mais on ne trouve généralement pas de pigmentation semblable à celle du diabète bronzé.

Dans beaucoup de cas d'hémochromatose ou de diabète bronzé, on trouve des causes ou des indices d'altération du sang. Dans le cas d'Hindenlang, l'hémochromatose était associée à la maladie de Werlhoff : dans d'autres cas, il y avait des éruptions purpuriques, des péricardites ou péritonites hémorrhagiques (Hintze); dans le cas de Buss, on trouva à l'autopsie une pleurésie, une péritonite et une pachyméningite hémorrhagique.

Cependant l'hémoglobine qui forme le pigment ne vient pas du sang extravasé; mais la même cause favorise la production d'hémorrhagies et la destruction intra-vasculaire de l'hémoglobine.

Cet état particulier du sang ne se retrouve pas toujours. Dans le cas de Jeanselme, la coagulabilité du sang était normale.

On a essayé de reproduire expérimentalement l'hémochromatose.

Auscher et Lapicque, en injectant du sang dans le péritoine d'animaux, ont produit une accumulation ferrugineuse en très grande quantité dans la rate, mais en faible proportion dans le foie.

Meunier, par des injections répétées de petites doses de toluylendiamine, a produit l'accumulation de pigment ferrugineux dans le foie, les ganglions lymphatiques, la rate et la moelle des os.

Bezançon et Labbé ont constaté la formation de pigment ocre aux dépens du sang extravasé dans les ganglions lymphatiques et dans la rate.

Roger et Josué ont fait la même constatation dans la moelle des os.

La naissance du pigment ocre dans tous les organes où se produisent des hémorrhagies est donc un fait banal. Il n'en est pas de même de l'hémochromatose qui n'a jamais pu être reproduite expérimentalement.

Origine de l'hémofuscine. — Recklinghausen pense que l'hémofuscine ne dérive pas de l'hémoglobine. Lubarsch et Hintze croient qu'elle est élaborée par les fibres musculaires lisses aux dépens de l'hémoglobine; Lubarsch injecta du sang défibriné entre la séreuse et la musculeuse de l'intestin de lapins et obtint dans les fibres lisses des granulations de pigment jaune non ferrugineux.

Gœbel a trouvé l'hémofuscine dans les fibres mus-

Digitized by Google

culaires lisses de l'intestin, dans les conditions physiologiques. Ce pigment devient plus abondant avec l'âge et dans les maladies cachectisantes comme le cancer et la tuberculose. Dans seize cas de pigmentation intestinale marquée sans hémochromatose, le pigment existait aussi dans les muscles lisses des bronches, de la vessie, de la prostate et des vaisseaux sanguins du foie, des reins, des poumons; on en retrouvait même dans les cellules conjonctives de la rate, du foie, des glandes sous-maxillaires, etc.

En outre de ces pigments anormaux, tous les pigments ordinaires du corps sont augmentés. Les fibres musculaires du cœur sont plus chargées de pigment qu'à l'état normal. Les cellules interstitielles du testicule sont fortement pigmentées. Dans la peau, les cellules de Malpighi sont surchargées de pigment.

Il y a une relation entre la surchârge en hémosidérine et en hémofuscine dans les divers organes. Le foie qui contient beaucoup de pigment ocre, contient aussi beaucoup d'hémofuscine.

Lieu de formation du pigment ocre. — Pour certains auteurs, et nous avons vu que c'était l'opinion de Chauffard, le pigment ocre se forme dans le foie. De là, il est disséminé par les vaisseaux sanguins sous forme d'embolies libres ou de granulations contenues dans les leucocytes. La constatation de pigment dans le sang obtenu par piqûre du doigt n'est pas une preuve absolue de la dissémination embolique, car le pigment pouvait bien dans ce cas unique de Auscher, dériver de la peau. D'autre part, les granulations pigmentaires ne se voient qu'exceptionnellement dans la lumière des vaisseaux ; et fait remarquable, c'est dans le poumon, qui est un des organes les moins pigmentés, qu'on les a toujours observées.

Il est peu probable que le pigment soit élaboré aux dépens du plasma par les cellules mêmes dans lesquelles on le rencontre. Le processus se poursuit simultanément dans tous les organes. L'accumulation souvent considérable de pigment dans les cellules glandulaires, le siège primitif des grains de pigment dans l'extrémité de la cellule la plus éloignée des capillaires sanguins, au voisinage de la lumière glandulaire, enfin la faible pigmentation du rein, organe émonctoire principal de l'économie, plaide contre la simple élimination de pigment provenant du foie et disséminé par le sang.

Mais si le foie ne produit pas ce pigment, il peut concourir à sa production en ne détruisant pas suffisamment les dérivés ferrugineux de l'hémoglobine et en permettant leur accumulation dans le sang. C'est grâce à cette destruction exagérée des globules rouges et à la mise en liberté de l'hémoglobine que l'hémochromatose généralisée peut se produire. — E. L. M.

L'hypertension artérielle. — *Ses causes et son traitement d'après le docteur Federn.* — D'après le docteur Federn, de Vienne, l'hypertension artérielle dépend huit fois sur dix d'une maladie du gros intestin qu'il appelle atonie intestinale partielle. Cette maladie n'est pas décrite dans les traités classiques ; aussi allons nous exposer la conception que s'en fait l'auteur.

Toutes les fois que la quantité totale des matières fécales formées dans un temps donné, mettons 24 heures, n'est pas complètement évacuée, il y a atonie intestinale. Federn en distingue trois degrés :

1° L'insuffisance intestinale. Elle est analogue à l'insuffisance de la vessie, dans laquelle il reste un résidu d'urine après chaque miction; après chaque défécation un résidu de matières est retenu dans l'intestin. Le malade ne s'en doute pas; si le médecin l'interroge, il répond qu'il va bien et abondamment à la garde-robe.

2° La paresse intestinale, telle qu'on la trouvera décrite dans les manuels de médecine. Le malade connaît sa constipation, s'en plaint, la combat et sent qu'elle est la cause de troubles de sa santé.

3° L'atonie intestinale partielle. Une partie du colon n'arrive jamais à se vider complètement; le contenant se contracte spasmodiquement autour du contenu sur une longueur qui peut varier de un ou deux centimètres jusqu'à la longueur totale du colon transverse.

Comment peut-on diagnostiquer cet état?

A la suite d'une longue pratique Federn a appris à le reconnaître à la percussion ; il étend le malade à plat, les cuisses fléchies sur le tronc, et percute *très* doucement à l'aide des doigts — pas du plessimètre — la zone qu'il suppose correspondre au colon; une légère diminution, parfois une absence de la sonorité lui révèle le siège de l'endroit atonique. A cet endroit, on trouve souvent un peu de sensibilité à la palpation. La fétidité des matières, de même que des poussées de diarrhée constituent d'autres signes. Une purge que l'on administre au malade confirme le diagnostic en provoquant des évacuations très abondantes. Plus rarement, cet état aboutit à la stercorémie avec fièvre et état typhique.

Or, M. Federn, qui se sert régulièrement et depuis longtemps du sphygmomanomètre a trouvé que chez tout sujet atteint d'atonie partielle de l'intestin, la tension artérielle était élevée et qu'elle tombait à la normale avec la disparition de cet état. Notons en passant que pour lui la tension normale n'est que de 10 cm de mercure. Il a constaté encore que la tension montait si cet état venait à se développer chez un sujet à tension auparavant normale. De là à conclure que l'hypertension était un effet de l'atonie intestinale, il n'y avait qu'un pas. La physiologie expéri

Digitized by Google

mentale a permis à Federn de franchir ce pas.

Asp, le premier, sous le contrôle de son maître Ludwig, ainsi que Reiner ont démontré que l'excitation périphérique et centrale du nerf sphlanehnique pouvait augmenter la tension artérielle du double, parce que sous son influence les vaisseaux des viscères abdominaux se contractent au point de devenir parfois exsangues. Ce spasme vasculaire retentit même sur d'autres territoires vasculaires, comme on le voit aussi en clinique : en cas de coliques, les extrémités sont souvent froides et pâles. Il faut bien que le sang chassé de là aille se loger quelque part, et c'est pour cela que par ailleurs la tension s'élève. L'atonie intestinale agit de même, quoiqu'elle ne soit pas douloureuse. Mais qui ne connaît pas la loi physiologique d'après laquelle les irritations les plus faibles produisent les phénomènes réflexes les plus forts?

En ce qui concerne la symptomatologie de l'hypertension artérielle, nous serons brefs, d'abord parce qu'elle est familière aux lecteurs de ce journal, ensuite parce que Federn ne l'a comprise que d'une façon bien moins parfaite que Huchard. Il distingue les deux formes suivantes :

1° Une forme neurasthénique, caractérisée par des migraines, des vertiges, des douleurs névralgiques et musculaires, de la dépression psychique.

2° Une forme d'insuffisance cardiaque où la digitale réussit très mal, où l'on trouve l'exagération du deuxième bruit aortique, la dilatation du cœur avec ou sans souffle, des palpitations. Pour le malade, « elle se manifeste par les différents degrés de l'asthme « cardiaque, depuis une légère oppression, une « simple tension de la région précordiale jusqu'au « violent accès d'angine de poitrine. »

A la suite de cette insuffisance cardiaque, la circulation du sang s'est ralentie, ce qui entraîne un ralentissement de tous les échanges nutritifs : c'est ainsi qu'on trouve de l'acide urique, de l'oxalate de chaux, du sucre, de l'albumine dans les urines. Explication simpliste de l'arthritisme ! Mais de fait, il s'agit là de la forme rénale de l'artériosclérose, dont Federn a vu les symptômes, mais non la pathogénie.

Il faut se garder de confondre l'hypertension artérielle avec l'athérome; la rigidité de la paroi artérielle peut faire croire à une tension très élevée, mais on peut être athéromateux et avoir une tension artérielle faible. L'alcool (est-ce l'alcool ou la quantité considérable de bière que l'auteur a en vue?) et le tabac élèvent la tension chez des jeunes gens qui ne sont nullement atteints d'athérome, et on constate l'hypertension dès le début de l'artériosclérose avant même que l'élasticité des vaisseaux ait été profondément altérée. Mais l'athéromateux aussi présente souvent de l'hypertension, révélée par de la dyspnée d'effort, de la congestion et de l'œdème du poumon, des hémorragies.

Notons, à ce sujet que l'hémorragie menstruelle ne dépend pas directement de l'élévation de la tension. Chez la femme, la tension augmente régulièrement pendant tout le mois, pour s'abaisser subitement la veille ou au moins douze heures avant la perte cataméniale : ce moment est peut-être celui de la rupture du follicule de Graaf. Cette chute de la tension n'a pas lieu tant que le moment des règles n'est pas passé, si bien que son absence permet d'exclure une grossesse et de conclure à un retard; si, par contre, la tension tombe sans apparition de menstrues, la grossesse peut être affirmée.

La thérapeutique de l'hypertension artérielle découle logiquement de sa pathogénie; elle consiste à remettre l'intestin en son état normal, à combattre l'atonie : on n'hésitera pas à « purgare et repurgare » pour commencer, à l'aide de sené et de rhubarbe; puis le massage fera grand bien, mais surtout la faradisation de l'endroit atonique de l'intestin. Le régime tendra principalement à éviter la constipation : on défendra le chocolat, le vin rouge, les amylacées, les légumes qui laissent beaucoup de résidu; on recommandera les fruits cuits, surtout les pommes.

Il nous semble curieux de résumer ces travaux (1), quoiqu'ils soient moins complets et moins précis que ceux parus chez nous. Mais ils sont le fruit d'un travail patient et d'observations exactes d'un seul homme, et ses résultats ont bien des points communs avec ceux de M. Huchard, qui l'avait précédé, mais qui lui était inconnu. Que de temps et de travail M. Federn aurait-il épargné s'il avait été mieux documenté ! Décidément, il vaut encore mieux s'enthousiasmer à tort pour des travaux venus de l'Etranger, comme nous le faisons trop facilement en France, que de les ignorer ! — Dr A. Blind.

GYNÉCOLOGIE

Traitement de la rétroversion utérine. — On est encore très incertain sur le traitement des rétrodéviations, les auteurs sont loin d'être d'accord non seulement sur la meilleure méthode, mais même sur l'utilité du redressement.

M. Richelot (*La Gynécologie*, 1900) passe en revue les différentes méthodes, en fait la critique et insiste sur une opération qui lui a donné de bons résultats, le raccourcissement des ligaments ronds par inclusion pariétale.

(1) Blutdruck u. Darmatonie, 1894. Ueber Blutdruckmessung am Krankenbette, 1896. Der normale Blutdruck an der Radialis, 1898. Ueber Darmatonie, 1895.

Digitized by Google

Toutes les rétroversions ne doivent pas être corrigées, telles celles qui accompagnent les lésions des annexes et les adhérences pelviennes, ce sont ces lésions qu'il faut traiter, la rétroversion n'est que secondaire.

Il est d'autres rétroversions qui constituent une entité morbide, dans lesquelles l'utérus congestionné, scléreux, tombe en arrière par suite du relachement de ses liens fibreux. Ces rétroversions simples, mobiles, qu'on observe aussi bien chez les vierges que chez les multipares, causent des douleurs et d'autres phénomènes morbides qui disparaissent par le seul fait du redressement.

On a prétendu que tous ces utérus déviés étaient atteints de métrite et que c'était la métrite qu'il fallait traiter. M. Richelot s'élève contre cette manière de voir, parce qu'il existe des déviations utérines chez des arthritiques nerveuses avec utérus gros, congestionné mais sans métrite, qui rentrent dans ce qu'il appelle la *sclérose utérine*. Le redressement dans ces cas amène un soulagement immédiat et parfois définitif; il y a donc des utérus qu'il faut redresser.

Toutes les méthodes employées jusqu'ici ont de graves défauts et soulèvent de sérieuses critiques : les pessaires, le massage utérin, les opérations ont donné quelques résultats, mais leur valeur est très discutée. De plus, on s'est occupé récemment des suites des opérations pratiquées sur l'utérus et les annexes au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs, et avec juste raison car pour juger les opérations de redressement, il faut examiner non seulement leurs suites immédiates, mais aussi l'influence qu'elles peuvent exercer sur l'avenir génital de la femme.

Le redressement chirurgical de l'utérus peut s'opérer soit à ciel ouvert en incisant le péritoine par l'abdomen ou le vagin, ce qui permet d'explorer la pelvienne et de parfaire le diagnostic avant de fixer l'utérus, soit en respectant le péritoine (opération d'Alexander) on opère alors sans voir ni toucher l'utérus et les organes voisins.

La première méthode comprend les deux variétés d'hystéropexie. L'hystéropexie abdominale a rendu de réels services, mais ses résultats ne sont pas constants; de plus elle crée des adhérences, immobilise l'utérus et le place dans une position trop élevée. Quant à son influence sur la grossesse et l'accouchement, il est démontré que les accidents observés sont le résultat d'une mauvaise technique; souvent, en effet, l'utérus a été fixé par son fond, alors que le fond doit rester libre, les fils étant placés sur la face antérieure, au-dessous de l'insertion des trompes, puisque c'est le fond de l'organe qui se développe au cours de la grossesse. L'opération bien faite au contraire a dans de nombreux cas favorisé la conception. Néanmoins, M. Richelot fait encore des réserves sur l'hystéropexie abdominale.

L'hystéropexie vaginale laisse l'utérus dans le petit bassin et dans ses rapports normaux, mais elle est plus difficile à exécuter, et n'est guère indiquée que dans les cas où l'on ne peut faire une laparotomie.

Ses méfaits obstéricaux sont plus graves encore que ceux de l'hystéropexie abdominale, ce qui tient comme précédemment à une mauvaise technique opératoire.

L'opération d'Alexander est une opération aveugle, elle a donné des insuccès et des récidives, il faut avouer cependant qu'elle est plus rationnelle au point de vue obstétrical, elle donne à l'utérus plus de liberté, elle lui rend sa position physiologique.

Faut-il donc recourir aux méthodes palliatives, à la réduction manuelle, au pessaire. M. Richelot reconnaît l'utilité du pessaire, mais ne l'accepte que comme pis-aller; mais bien des femmes ne peuvent le supporter parce qu'il augmente parfois les douleurs; de plus, il ne tient pas toujours. C'est donc un palliatif qui soulage, mais ne guérit pas.

Aussi M. Richelot conseille-t il le raccourcissement des ligaments ronds par inclusion pariétale dont il expose ainsi la technique : « Je me borne, comme Doleris, à faire une laparotomie médiane, à saisir chacun des ligaments à quelque distance des cornes utérine, dans leur portion toujours résistante et jamais éparpillée, et à les amener, en les coudant, à l'angle inférieur de la plaie pariétale, pour les y fixer par deux ou trois catguts. Il faut prendre avec l'aiguille toute l'épaisseur du plan musculo-aponévrotique, car, si les ligaments n'étaient suturés qu'au péritoine, la fixation n'aurait plus aucune valeur. »

L'inclusion pariétale offre plusieurs avantages; tout d'abord c'est une opération d'une facilité et d'une bénignité absolues; elle va chercher par le chemin le plus direct la meilleure partie de la corde ligamenteuse. De plus, elle réunit les avantages de l'hystéropexie et de l'Alexander et échappe à leurs défauts. C'est une laparotomie qui permet d'achever le diagnostic et de faire dans le petit bassin toute manœuvre exigée par les circonstances; d'autre part, elle fixe l'utérus dans sa position naturelle, voulue et constatée par l'opérateur, et cela sans le léser, sans lui faire contracter d'adhérence anormale, sans que rien puisse le gêner dans son développement. L'opération d'Alexander étant bonne pour l'avenir génital de la femme, on peut en déduire par analogie, que la fixation médiane par inclusion pariétale sera bonne. — Henri Milhiet.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la scapulectomie. — MM. Picqué et Dartigues viennent de publier dans la *Revue de Chirurgie* (avril 1900), un travail très intéressant sur la scapulectomie ou ablation primitive et totale de l'omoplate avec conservation du membre supérieur dans les tumeurs malignes de cet os. Ils donnent les indications, les résultats et la technique de cette opération. Leur travail est basé sur l'observation d'une malade opérée pour une tumeur de l'omoplate et qui a parfaitement guéri et conservé l'usage partiel de son membre supérieur, avec lequel elle peut coudre, écrire et exécuter même des travaux plus pénibles.

Les auteurs font une étude physiologique post-opératoire très complète du bras conservé, tant au point de vue de la motricité, de la sensibilité que des troubles trophiques, ceux-ci d'ailleurs très peu accentués. Une radiographie montre l'état du squelette sans l'omoplate; une photographie faite deux ans après l'intervention met bien en évidence l'affaissement de l'épaule du côté opéré; une autre photographie montre le corset orthopédique qu'ils ont fait porter à la malade et qui corrige cet affaissement.

Ils passent en revue les indications de la scapulectomie dans les tumeurs malignes primitives de l'omoplate et les diverses opérations qui ont été proposées et pratiquées pour elles (extirpation partielle, extirpation totale, extirpation totale avec en plus la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus non atteint par le néoplasme). Ils étudient les résultats de l'opération au point de vue de la récidive et du fonctionnement consécutif du membre, et ils croient pouvoir formuler ce précepte général : quand le diagnostic histologique est établi, il faut appliquer les règles générales de l'extirpation des néoplasmes, c'est-à-dire la résection totale de l'os; cette règle, si simple, n'a pas été suivie par tous les chirurgiens.

En effet, dans les statistiques de Adelmann et dans celles qui ont été publiées depuis cette époque jusqu'à nos jours, on constate que les opérateurs, où se sont tenus en deça en pratiquant l'extirpation partielle, ou l'ont dépassée en proposant la désarticulation du membre correspondant. L'inter-scapulo-thoracique, bien que plus grave, donnerait une proportion moindre de récidives.

Les auteurs, avec le professeur Berger, admettent que les contre-indications de la scapulectomie se tirent de l'impossibilité de conserver un membre utile et de la crainte de la récidive locale.

Très souvent, on a conservé l'acromion, la coracoïde, la cavité glénoïde, soit parce qu'on redoutait la plus grande gravité de l'acte opératoire, soit pour assurer au malade la récupération fonctionnelle.

Avec Stephens Roger et Berger, Picqué et Dartigues pensent que le danger de l'ablation totale est moindre que celui de la résection partielle (conservation de l'angle antérieur de l'omoplate) pour la récidive; c'est pourquoi ils n'acceptent, pour les tumeurs malignes de cet os, que la résection totale ou l'inter-scapulo-thoracique.

Langenhagen, dans sa thèse, émet l'opinion que, pour la conservation des mouvements du membre supérieur, il est nécessaire de conserver la cavité glénoïde et la coracoïde. Pour Picqué et Dartigues, c'est là une opinion théorique, et qui se trouve infirmée par leur cas personnel et par plusieurs de ceux qu'ils publient.

Pour ce qui est de la récidive, l'ablation de l'omoplate, même totale, fournit encore un certain chiffre de récidives (leur cas n'a pas récidivé encore au bout de deux ans et demi); mais quoi qu'il en soit, la scapulectomie ne conférant pas une mortalité opératoire supérieure à celle des autres opérations, c'est encore à celle-ci qu'ils conseillent de recourir dans les cas de tumeurs malignes.

Sur 34 cas d'ablation totale, qu'ils ont réunis, il y en a 13 de signalés comme donnant d'excellents résultats fonctionnels pour le membre supérieur; ils constituent un document bien important qui doit engager le chirurgien à préférer l'ablation totale aux opérations partielles.

La technique opératoire de la scapulectomie est la suivante.

1er temps : Incisions cutanées. Une première incision de 18 centimètres partant du bord antérieur de la clavicule et allant à l'angle inférieur de l'omoplate, en longeant le bord axillaire de cet os; une deuxième incision perpendiculaire à la première, horizontale et parallèle à peu près à l'épine de l'omoplate. D'autres incisions sont possibles.

2e temps : Décollement des lambeaux cutanés déterminé par le tracé des incisions; l'un est supérieur, l'autre inférieur; tous deux triangulaires.

3e temps : Désinsertions musculaires de : 1° toute l'attache clavi-acromio-spinale du deltoïde, 2° du cône musculo-tendineux péri-scapulo-huméral (sous-scapulaire, sus et sous-épineux, petit rond), ce qui entraîne l'ouverture simultanée de la partie supérieure de la capsule scapulo-humérale.

4e temps : Luxation de la tête humérale à travers la brèche capsulaire ainsi faite dans le temps précédent et désinsertion de la partie inférieure de l'attache humérale de la capsule.

5e temps : Résection du tiers externe de la clavicule.

6e temps : Désinsertion des muscles coracoïdiens (courte portion du biceps, coraco brachial, petit pectoral).

Digitized by Google

7e temps : Coupe des derniers muscles retenant l'omoplate (trapèze, angulaire, rhomboïde, grand dentelé, grand rond). Bascule de l'omoplate autour de son bord spinal comme charnière. Dans ce temps, il y a deux pédicules vasculaires à sectionner : 1° un supérieur, cervical, composé de l'artère sus-scapulaire, accompagnée du nerf du même nom; 2° un externe ou axillaire, composé de l'artère et des veines scapulaires inférieures.

8e temps : Fixation de la tête humérale et sutures de la plaie opératoire. Tous ces temps sont minutieusement décrits, avec méthode et simplicité ; on trouve dans le texte de nombreux dessins, exécutés par Dartigues, correspondant à la description de chaque temps opératoire, ce qui en rend la compréhension très aisée. — H. Milhiet.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les migrations de la filaire du sang. — M. R. Blanchard fait connaître les travaux de Patrick Manson, de Londres, démontrant comment la filaire du sang se transmet à l'homme. Cette affection des pays chauds est inoculée directement sous la peau de l'homme par l'intermédiaire des moustiques, de la façon suivante. On sait que la filaire adulte vit dans les vaisseaux lymphatiques de la peau de différentes parties du corps. Les embryons auxquelles elle donne naissance se répandent de la lymphe dans le sang, où on peut les observer en en prélevant une goutte pendant la nuit.

Nous ignorons encore pourquoi ces embryons ne s'observent dans le sang que pendant la nuit, mais ce fait est indiscutable. Manson a montré par de nombreux examens microscopiques que le moustique, qui vient piquer l'homme pendant son sommeil et sucer son sang, se charge ainsi des embryons de la filaire ; ces embryons vivent dans le corps des moustiques pendant 15 à 20 jours où ils passent à l'état de larves, et envahissent finalement la trompe de l'insecte. Dans une nouvelle piqûre, celui-ci inocule à l'homme ces larves de filaire, qui vont passer à l'état adulte dans les vaisseaux lymphatiques et y développer la filariose. Tel est le mode de transmission de la filariose que les travaux de Masson viennent de mettre en lumière. *(22 mai)*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Instructions contre les maladies vénériennes. — M. Alex Renault formule de la façon suivante les conseils qu'il est du devoir du médecin de donner aux sujets atteints de maladies vénériennes

Instructions concernant la blennorragie

1° La blennorragie, vulgairement appelée chaudepisse, doit être traitée jusqu'à guérison complète.

2° Pour que la guérison puisse être considérée comme définitive, il faut que le matin, à son réveil, après être resté sept heures au moins sans uriner, le malade ne constate plus aucun suintement du canal.

3° Voici les moyens à prendre pour s'assurer qu'il n'existe plus la moindre goutte.

La verge étant à l'état naturel, c'est-à-dire ni grosse, ni tendue, on regarde d'abord si les bords du canal sont collés. Cette adhérence n'existe pas chez les sujets sains. On entr'ouvre ensuite l'orifice, en écartant ses bords, pour voir s'il n'y a pas une gouttelette. Dans le cas où l'on ne découvrirait rien, il faut encore tirer la peau appelée prépuce en arrière jusqu'à ce que le gland soit tout à fait découvert, puis ramener celle-ci sur l'extrémité de la verge, en pressant le canal du plus loin possible, et constater si cette manœuvre fait ou non sortir une goutte. A l'état de santé, en écartant les bords, l'intérieur paraît comme enduit d'un vernis brillant, mais on ne provoque aucun suintement.

4° L'examen en question doit être pratiqué pendant une dizaine de jours, le matin, attendu qu'il est bien important de ne pas confondre la guérison apparente avec la guérison réelle. Il est possible, en effet, que pendant deux ou trois jours on n'aperçoive rien le matin et que le quatrième on fasse sortir une gouttelette minime. Une inspection prolongée est donc la garantie indispensable de la guérison.

Pour être bien certain que cette guérison se maintienne et qu'il n'y ait pas de rechute, le traitement prescrit contre la blennorragie sera prolongée de dix jours au moins après que l'examen du canal aura permis de constater qu'il est tout à fait sec. En outre, le régime qui accompagne le traitement, c'est-à-dire la prescription de ne boire absolument que du lait aux repas, ou moitié lait et moitié eau, ou encore de l'eau pure, et juste à sa soif, doit être continué dix jours de plus que le traitement. Il importe de se rappeler que tout autre liquide est interdit : par conséquent le café, le thé, le vin, même étendu d'eau, seraient nuisibles. Ce n'est que vingt jours après guérison assurée que ces boissons pourront être permises.

Quant à la bière, aux liqueurs, aux vins capiteux, aux rapports avec des femmes, il faut laisser passer trente jours, et encore la prudence commande-t-elle une grande modération quand on reprend les habitudes d'autrefois.

6° Il est du plus haut intérêt pour le malade de se débarrasser radicalement de l'écoulement dont il est atteint, car s'il persiste, ce qu'on appelle la goutte militaire, la guérison alors devient très difficile et nécessite une grande perte de temps. Ces inconvénients ne sont rien, à côté des conséquences funestes que cette goutte prolongée peut avoir dans l'avenir pour le malade, pour la femme qu'il épousera et pour les enfants appelés à naître de lui.

a) Le malade, pendant tout le temps que dure la goutte, est exposé à une inflammation de la vessie ou des testicules, et si le malheur veut que les deux testicules soient atteints,

Digitized by Google

il est fort à craindre qu'il ne puisse plus avoir d'enfants. En outre, dans un avenir plus ou moins éloigné, il doit s'attendre à un rétrécissement pour ainsi dire fatal, dû non pas seulement à la persistance de la goutte, mais encore aux injections de toutes sortes trop souvent mises en usage sans avoir préalablement consulté le médecin. Est-il besoin d'ajouter que lesdits rétrécissements, s'ils ne sont traités de bonne heure, peuvent aboutir à la rétention d'urine, avec ses effets désastreux ; inflammation de la vessie, fièvre plus ou moins intense, état grave, pouvant même se terminer par la mort ?

b) La femme mariée à un homme atteint de la goutte militaire risque de contracter au bout de très peu de temps la maladie de son mari, et, comme chez elle, au début, les souffrances sont peu vives, elle ne s'en préoccupe pas et croit simplement à une exagération de fleurs blanches. Mais peu à peu la matrice s'enflamme, et plus tard les ovaires ; de là douleurs presque continuelles dans le ventre, gêne pour marcher et même se tenir debout ; impossibilité de se livrer à aucun travail sérieux. Dans la plupart de ces cas, la femme, pour se guérir, doit recourir a une opération chirurgicale, qui consiste dans l'enlèvement des ovaires ou de la matrice, et l'empêche tout naturellement d'avoir des enfants.

c) En supposant que l'état ne soit pas assez grave pour s'opposer à une grossesse et à un accouchement à terme, les enfants peuvent se ressentir très gravement de la maladie de la mère. Si leurs yeux sont touchés au passage par le pus que la mère secrète, il en résulte ce qu'on appelle une ophtalmie purulente, et trop souvent, à la suite, une perte des yeux définitive ; en d'autres termes, l'enfant devient aveugle.

Conclusion : Le malade qui a eu le malheur de contracter une blennorragie ne saurait trop se pénétrer de l'importance de sa maladie, trop souvent considérée comme une chose banale, et la traiter sans retard, jusqu'à ce qu'il en soit débarrassé radicalement.

Instructions concernant la syphilis

1° Dès qu'on a la moindre plaie aux parties génitales aux lèvres ou à la bouche, il faut aller consulter un médecin ; car cette plaie, si minime soit-elle, peut être un accident causé par la vérole, et l'on sait que cette maladie est non seulement grave en elle-même, mais encore très contagieuse.

2° Elle guérit cependant à la condition que la malade se soumette à un traitement très prolongé (trois ou quatre ans), que le médecin seul est en mesure de diriger et de surveiller. Car la médication, d'ailleurs facile à suivre, comporte des temps d'arrêt qui ne doivent pas être laissés à l'appréciation des malades.

3° La vérole se communique très aisément par les plaies qui se produisent, soit sur les organes génitaux, soit à la bouche.

Le syphilitique a donc le devoir rigoureux de s'abstenir de tout rapprochement sexuel chaque fois qu'il y a la moindre écorchure aux organes génitaux. Mais il importe de savoir en outre que la contagion peut s'effectuer par les lèvres et la langue. Aussi est-il défendu aux personnes atteintes, qui n'auraient même qu'une simple fente aux lèvres, d'embrasser qui que ce soit, tout baiser pouvant être contagieux.

La vérole est encore susceptible de se communiquer par l intermédiaire de tout objet qui aura touché les points malades : verre, cuiller, fourchette, pipe, cigare, cigarette, linge draps.

Le syphilitique qui vit en famille doit donc avoir ses ustensiles de table et ses objets de toilette exclusivement à lui.

4° La vérole se transmet héréditairement aux enfants qui, très souvent, en meurent, lorsque celle-ci n'a pas été soignée un temps suffisant avant le mariage.

Un sujet syphilitique ne peut donc prendre femme que cinq ans environ après le début de sa maladie et un traitement très sérieux de trois à quatre ans. L'avis de son médecin est enfin nécessaire avant d'adopter une résolution définitive.

Il importe d'ajouter qu'un enfant, né d'un père ou d'une mère syphilitique, ne doit jamais être confié à une nourrice, parce qu'il pourrait transmettre la vérole à cette nourrice. Il sera donc nourri par sa mère ou élevé au biberon.

5° La vérole ne peut être guérie qu'à la condition expresse de prendre deux médicaments : le mercure et l'iodure de potassium, qui possèdent, chacun, contre elle une efficacité remarquable.

Des préjugés, qui n'ont rien de réel, éloignent beaucoup de malades du mercure, sous prétexte que ce remède amène la chute des cheveux, ébranle les dents et altère les os en pénétrant jusque dans leur profondeur, produit l'apoplexie, la paralysie, voire même la folie et beaucoup d'autres choses encore. Ces assertions contiennent autant d'erreurs que de mots.

On a imputé au mercure les accidents que la syphilis détermine à elle seule, et la meilleure preuve, c'est que l'on peut voir tous ces accidents chez les syphilitiques qui n'ont jamais pris un atome de mercure. Assurément ce remède expose à quelques inconvénients, notamment à l'inflammation de la bouche, à des douleurs d'estomac, à des coliques et à la diarrhée. Mais lorsque la bouche est tenue dans un grand état de propreté, que les dents sont brossées avec soin matin et soir et que l'administration du médicament est bien surveillée, ces inconvénients sont tout à fait exceptionnels et, viennent-ils à se produire, qu'ils peuvent être immédiatement enrayés.

En réalité, il n'y a péril que dans les cas où les malades prennent le mercure de leur propre autorité, sans consulter au préalable leur médecin, seul juge compétent de la direction du traitement ;

Digitized by Google

6° Ce qui est vraiment dangereux, quand on a eu le malheur de contracter la syphilis, c'est l'usage du tabac à fumer ou à chiquer et bien plus encore l'abus des boissons alcooliques.

Le tabac provoque et entretient continuellement, du côté des lèvres, de la langue, de l'intérieur de la bouche, de la gorge, des accidents qui non seulement font souffrir, mais constituent une cause incessante de contagion. Inutile de songer à la guérison si le malade ne renonce pas à sa funeste habitude, les remèdes, à eux seuls, étant incapables de triompher des lésions. Le mal même, surtout s'il occupe la langue, peut s'aggraver au point de cesser d'être guérissable et, plus souvent qu'on ne pense, on l'a vu, chez les sujets prédisposés, dégénérer en cancer et devenir ainsi une cause de mort.

L'abus des boissons alcooliques entraîne tout autant à des conséquences d'une gravité exceptionnelle. D'abord, quand la vérole tombe sur un sujet déjà intoxiqué par l'alcool, elle provoque très rapidement, au bout d'un mois à six semaines, des éruptions généralisées, et d'autant plus tenaces qu'elles ont tendance à s'ulcérer sur beaucoup de points. Inutile d'insister sur les inconvénients qui peuvent résulter de la localisation à la face des boutons et des ulcères, qui non seulement dénoncent la nature du mal à l'entourage, mais laissent encore des cicatrices ineffaçables. Si le sujet, lorsque le traitement est parvenu à le débarrasser de ses boutons, ne renonce pas à son triste défaut, et je ne saurais trop m'élever ici contre l'usage de l'absinthe, il ne tarde pas à voir reparaître du côté de la peau ou de la bouche des accidents aussi graves et aussi rebelles que les précédents. Plus tard enfin, la vérole envahit les organes internes, le foie notamment, dont la sensibilité à l'action funeste de l'alcool n'est que trop connue; et pour peu que le malade tarde à se soigner, les altérations peuvent devenir irrémédiables et conduire à la mort, malgré les remèdes les plus énergiques.

7° Il est enfin indispensable, quand on a été atteint de la vérole et que l'on se trouve dans la nécessité de consulter un médecin pour une indisposition quelconque, de prévenir celui-ci des accidents constatés autrefois, et cela quelle que soit leur ancienneté : vingt, trente, quarante ans. Car il peut y avoir une parenté étroite entre la maladie du moment et la vérole de jadis. Le médecin saura reconnaître cette parenté s'il possède les renseignements nécessaires. Autrement, il risque de faire fausse route, au grand préjudice du patient, dont le mal continuera à s'aggraver, peut-être même sans recours ultérieur, alors qu'une médication appropriée aurait fait prompte justice des accidents.

La recommandation précédente a d'autant plus d'importance que la vérole peut tardivement donner lieu à des phénomènes que l'on est tenté, en raison de leurs apparences, d'attribuer à toute autre cause.

En résumé, l'homme qui a eu le malheur de contracter la syphilis peut guérir, se marier plus tard et avoir des enfants sains, à la condition expresse de s'adresser dès le début à un médecin *compétent* et de suivre scrupuleusement le traitement qui lui est prescrit.

Traitement de la pneumonie par l'ingestion de levure de bière. — M. P. Marie rapporte qu'il a traité avec succès 8 malades atteints de pneumonie par la levure de bière, suivant la méthode préconisée par M. Brocq dans la furonculose. Peut-être s'agit-il d'une simple coïncidence; toutefois ce traitement fort simple peut être essayé.

Osteo-arthrite du poignet. — M. Fernet communique un cas d'osteo-arthrite et synovite tendineuse du poignet consécutive à une pneumonie, avec épanchement pneumococcique intra-articulaire et terminée par ankylose. (*18 mai*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale. — M. Albarran pense que dans les tuberculoses rénales sans rétention, lorsque le second rein est sain, et qu'il n'existe pas ailleurs de lésions bacillaires importantes, la néphrectomie est indiquée. Pour s'assurer de l'état du rein opposé, il faut pratiquer directement le cathétérisme urétéral intra-vésical de ce rein et examiner l'urine ainsi recueillie. Si elle contient des bacilles, l'intervention doit être abandonnée.

S'it existe une pyonephrose avec rétention septique et menace d'infection secondaire, la nephrectomie sera encore indiquée, à moins que le rein opposé ne soit infecté.

La nephrostomie n'est indiquée dans la pyonéphrose tuberculeuse que lorsque le malade présente des lésions graves de généralisation tuberculeuse, ou lorsque le rein opposé est envahi.

(*16 mai*).

BIBLIOGRAPHIE

Année ophtalmologique 1898-1899, par le Dr A. Leprince. Préface du Pr Truc. 1 volume in-10. Prix : 4 francs, chez Maloine, éditeur.

Cette publication résume avec clarté et exactitude tous les travaux publiés en ophtalmologie pendant ces deux dernières années. Ces travaux sont groupés en une série de chapitres dont chacun concerne une des branches de la pathologie de l'œil et même de l'anatomie et de la physiologie de cet organe. C'est ainsi qu'à côté des questions générales qui ont trait à la bactériologie de l'œil ou à ses troubles fonctionnels, on trouve un chapitre spécial par chacune de ses parties constituantes.

Ainsi disposé, ce travail permet non seulement d'avoir immédiatement le renseignement voulu dans telle ou telle partie de l'ophtalmologie, mais d'envisager, dans une vue d'ensemble, les progrès accomplis dans ce domaine spécial de la médecine, et il constitue une œuvre réellement utile dont il convient de féliciter l'auteur.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 357, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis. — M. le Pr Fournier.

Des gommes du voile du palais

Nous venons d'avoir dans nos salles plusieurs cas de gommes du voile et je viens même de vous montrer un magnifique cas d'atrésie du gosier consécutive à cette lésion ; c'est ce qui m'engage à étudier aujourd'hui avec vous cette question. Il semblerait que je doive d'abord vous parler de l'anatomie pathologique des gommes du voile ; mais ce fait m'est impossible, car on n'a jamais eu d'autopsie de cette lésion : aussi c'est une étude essentiellement clinique que nous devons faire.

Au palais, on constate deux formes de lésions gommeuses, une *circonscrite, nodulaire* et une autre d'*infiltration diffuse*, qui ne forme plus une tumeur mais une tuméfaction. Il y a une très grande inégalité de fréquence de ces deux formes ; sur 100 observations, on en trouvera par exemple 95 de la seconde et 5 de la première.

La forme nodulaire se présente dans la première période sous forme d'une petite tumeur grosse comme une groseille, un grain de cassis, elle est solide, ferme, dure ; puis, plus tard, elle se ramollit, s'ulcère, et il se forme un ulcère gommeux typique siégeant au voile du palais. Cette gomme est indolente, ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel, échappant par là même au malade; l'ulcération qui s'ensuit est petite, limitée sur le voile, à bords bien entaillés, à fond bourbillonneux et comme elle ne perfore jamais le voile, elle n'a, de ce fait, pas grande importance.

La forme d'infiltration diffuse est la plus importante à connaître, c'est la forme clinique par excellence et elle est d'une grande gravité. Ce n'est pas une tumeur du voile, c'est une infiltration diffuse qui conduit à deux graves infirmités, le nasonnement et le reflux nasal des aliments. Pour vous bien fixer le mode de début de cette forme, je vous le comparerai à ce qui se voit dans l'amygdalite, où le voile est rouge, infiltré, comme œdémateux, moins mobile que de nature. Eh bien ! c'est à cela que la syphilis gommeuse du voile du palais ressemble à son début, et il est très important de faire rapidement le diagnostic pour éviter par un traitement approprié, les complications qui ne manqueraient pas de se produire. Les caractères qui permettent de faire le diagnostic dès le début sont au nombre de cinq :

1° Le voile est déformé.
2° — rouge.
3° — épaissi.
4° — dur.
5° — immobile ou quasi-immobile.

En effet, le voile, au lieu de présenter sa courbe gracieuse et symétrique, présente des bosselures, une courbe irrégulière, il est transformé, rouge, tendu, luisant et comme vernissé; il est dur, résistant, n'ayant plus de mollesse, il est ferme, épaissi sous le doigt qui le touche. Lorsqu'on examine un voile du palais normal, on voit qu'il bouge, qu'il exécute toute une série de mouvements, qu'il se lève, qu'il se contracte ; tandis que le voile du palais englué, infiltré par la syphilis, ne se tend plus, ne bouge plus, est immobilisé. Mais, me direz-vous, où est la tumeur ? Eh bien, il n'y en a pas; c'est pourquoi je n'en parle pas. Les troubles généraux sont nuls, il n'y a pas de douleurs, pas de battements, pas d'élancements ni de dysphagie ; il n'y a pas davantage de signes fonctionnels et le malade attend sa guérison en pleine quiétude.

Il y a donc un contraste frappant entre la bénignité apparente et la gravité réelle, et nous avons un mot pour caractériser ce contraste, c'est l'*insidiosité*. En effet, au bout de quelque temps, au lieu de guérison se fait du ramollissement avec ulcération; en un point, se fait un pertuis minuscule, la gomme est ouverte, et cela se fait à l'insu du malade. Très rapidement, alors, l'ulcération gommeuse se creuse et s'étend, le voile étant miné depuis longtemps, la rapidité de l'ulcération n'est, en somme, qu'apparente. Deux choses peuvent alors arriver, il y a perforation ou non.

Si le voile du palais ne se perfore pas, on a une perte de substance plus ou moins grande avec au fond la muqueuse supérieure du voile qui empêche la perforation. C'est une ulcération à plafond. L'aspect de la lésion est alors celui de l'ulcère gommeux, il est creux, ses bords taillés à pic, entouré d'une aréole rouge et dure ; c'est un ulcère bourbillonneux, jaunâtre, crémeux. La réparation peut se faire.

Dans la seconde variété d'ulcérations, il y a perforation, il y a un trou dans le palais, une fistule, on voit un canal plus ou moins épais, diminuant d'épaisseur, ayant l'aspect de l'ulcère gommeux ; ce canal augmente, s'élargit, et on aura bientôt une perforation plus ou moins grande, une fistule bucco-pharyngée, une mutilation du voile.

On peut observer quatre ordres de mutilations :

1° Une *échancrure marginale du voile* (fait très fréquent).

2° Une *perforation véritable*, un trou dans le palais, une fenêtre creusée en plein voile. Cette perforation est des plus communes, le plus souvent unique, elle peut être multiple, on en a vu jusqu'à 7 donnant alors une apparence de voile de palais en dentelle, mais ce sont là des raretés. Toutes les formes sont possibles, rondes, elliptiques, ovalaires,

Digitized by Google

les dimensions sont variables, depuis la perforation punctiforme, à celle qui laisse passer un stylet, une sonde de trousse, jusqu'à la grande perforation. Le siège est variable, elles peuvent être au centre, sur les bords du voile et on les dit alors *marginales*. Dans ce dernier cas, la perforation est la moins grave et produit le moins de troubles fonctionnels.

3° Le 3e groupe de mutilations est très curieux : c'est la *division en rideau de fenêtre retroussé*, les deux moitiés du voile étant adhérentes par leur sommet sont rétractées inférieurement par le muscle. La luette peut encore exister.

4° Il y a *anéantissement du voile*, il ne reste qu'un moignon du voile; quelquefois, il ne reste plus rien du tout.

Les troubles fonctionnels sont alors importants, et ils se caractérisent par l'*instantanéité de leur apparition*. Il y a d'abord du *rejet d'un peu de liquide par les narines* lorsque le malade essaie de boire, et on peut très bien s'en rendre compte en faisant l'expérience du lait. Il y a ensuite de l'*altération de la voix* qui devient nasonnée, confuse, inintelligible, et ce fait peut se produire dans les 24 heures, dans l'espace d'une nuit. Il y a de très grandes variétés dans les cas extrêmes, depuis les grandes perforations où la voix est confuse, le ronflement nasal intense, jusqu'aux petites perforations où il y a à peine de troubles perceptibles.

Un fait mérite d'être retenu. C'est qu'au bout d'un certain temps, la voix peut se modifier, le reflux nasal est plus modifiable encore; les malades se font une éducation nouvelle, ils mangent lentement, renversent la tête en arrière avec précaution, ils s'accommodent à leur lésion.

Les perforations marginales sont quasi-inoffensives, et je connais le cas d'une chanteuse ayant une perforation marginale ovalaire de 7 mm. sur 4, elle n'a pas de reflux nasal, elle parle bien et chante encore mieux. Dans des cas semblables, il n'y a pas lieu d'opérer.

Si maintenant nous essayons, dans un tableau général, de faire la synthèse de ce que nous venons de dire, nous verrons que l'évolution de la gomme ou plutôt de l'infiltration gommeuse, se divise en trois périodes :

a) La constitution du néoplasme.

b) L'ulcération du néoplasme.

c) La fistule naso-buccale.

La première et la seconde périodes sont latentes, sans troubles fonctionnels, le caractère prédominant, formant l'esprit de la maladie, c'est l'*insidiosité*.

La troisième période est celle des grandes explosions, inattendues, soudaines, et il y a deux grands troubles fonctionnels, l'altération de la voix et le rejet des liquides par les narines.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de la tuberculose du rein

Par M. Tuffier, *professeur agrégé, chirurgien à la Pitié.*

L'histoire de la tuberculose rénale n'a pas été révolutionnée dans ces derniers temps, pas plus en France qu'à l'étranger. L'ablation du rein tuberculeux est devenue une opération courante, facile et bénigne. Pour ma part, j'ai pratiqué 9 *néphrectomies* lombaires et j'ai eu 9 guérisons opératoires et thérapeutiques, et 7 *néphrotomies* avec 2 guérisons et 3 fistules et 2 morts. J'ajoute que la clinique et ses adjuvants m'ont toujours permis, dans ces cas, de guérir mes malades sans avoir recours au cathétérisme. Le manuel opératoire me paraît devoir être mis au second plan : ce qui prime à l'heure actuelle toutes les autres questions, c'est le *diagnostic* et ce sont les *indications opératoires*.

I. — Le *diagnostic* porte sur deux points : reconnaître l'affection, savoir l'état du rein du côté opposé. Je laisse les cas faciles dans lesquels le passé du malade, les accidents de tuberculose concomitante, l'examen bactériologique ou l'inoculation des urines commandent l'idée de tuberculose. Il en est autrement des cas difficiles ; ils se présentent surtout quand le foyer tuberculeux est encore enfermé dans le parenchyme rénal, ou quand il existe une oblitération complète de l'uretère. J'ai signalé ces faits de tuberculose massive, de dégénérescence caséeuse ou même d'hydronéphrose sans aucun trouble urinaire capable de nous faire reconnaître les lésions : le diagnostic de tuberculose n'est alors qu'une probabilité. Il était tout aussi difficile autrefois de reconnaître un signe de bacillose dans ces hématuries profuses initiales dont je vous ai apporté ici même la relation sous le nom de « tuberculose rénale à forme hématurique. » Il serait intéressant de savoir à quel moment le diagnostic peut être fait; je crois volontiers que la tuberculose rénale, en dehors des formes spéciales auxquelles je viens de faire allusion, ne se manifeste souvent qu'à une époque où les lésions sont déjà anciennes, et largement étendues ; je les ai alors toujours trouvées, au moment de l'opération, beaucoup plus étendues que je ne le croyais. Aussi, en disant que toute tuberculose rénale diagnostiquée doit être extirpée, on dit, sauf rare exception, que les lésions déjà graves et étendues sont justiciables de la chirurgie.

II. — Actuellement tout l'intérêt de la discussion porte sur l'*état du rein du côté opposé* et sur les moyens de le reconnaître. A cet égard, le *cathétérisme des uretères* est un moyen efficace qui, pour sembler neuf, n'en est pas moins déjà ancien à l'étranger. Il

Digitized by Google

y a sept ans déjà que Casper et Nitze nous ont démontré la possibilité et l'avantage. Je ne connais guère d'année où ils ne soient revenus sur les perfectionnement de cette méthode ; je crois utile de rappeler ici, pour ne pas être dans la cruelle alternative de paraître ignorer leurs travaux ou de les passer volontairement sous silence.

Quels sont donc les faits vraiment nouveaux qui permettent à ce cathétérisme d'acquérir une valeur plus considérable ? C'est ce que je vais essayer d'étudier.

Je dirai tout d'abord que je considère le cathétérisme des uretères comme une de ces méthodes dont il faut en général savoir se servir et se passer. Pour le cas particulier de la tuberculose urinaire, j'y aurais recours dans les cas où il est absolument indispensable, et encore sans grand enthousiasme. Je partage sur ce point, en partie, les restrictions de nos collègues Israël, Kutner et Casper lui-même, le grand promoteur du cathétérisme urétéral. qui redoute cette exploration dans la tuberculose du rein ; c'est que le cathétérisme urétéral ne donne pas toujours la clef du diagnostic, et il n'est pas exempt de dangers. J'appuie ces propositions sur ces *trois faits* que j'emprunte à la pratique de ceux qui sont les plus certains de la valeur mathématique, de l'innocuité de la méthode. J'ai vu une malade cathétérisée depuis plusieurs mois pour une pyélite suppurée diagnostiquée et guérie comme telle. Cette femme est rentrée dans mon service : je lui ai enlevé un volumineux calcul du rein que je vous ai présenté. Voilà pour la *perfection du diagnostic*. J'ai été consulté par une malade de Genève, soignée depuis longtemps à Paris et atteinte de pyélite double. Le cathétérisme urétéral fait dans un but de diagnostic, a, de son aveu, notablement aggravé son état. Je sais une autre malade des environs de Lille qui, simplement explorée dans le même but de diagnostic, est morte quelque quinze jours après cet examen. Je ne veux pas discréditer cette méthode, mais il est nécessaire de rappeler sa valeur devant l'abus qu'on en fait.

Pour ce qui est *de la tuberculose en particulier*, Casper lui-même regarde cette exploration comme dangereuse ; et de fait, oser traverser une vessie infectée, tuberculeuse, forcer les barrières naturelles si bien aménagées pour défendre le rein, et alors que ce rein peut être normal, introduire dans l'uretère des produits septico-bacillaires, me paraît absolument imprudent, sinon dangereux. C'est une manœuvre qui n'est justifiée que par des circonstances cliniques spéciales assez rares, car je ne les ai jamais rencontrées. Et voici pourquoi il doit être observé à des cas rares.

Si le simple passage de la sonde peut, à la rigueur, être innocent, son séjour prolongé augmente les dangers d'infection ; or, nous savons que, pour acquérir une valeur réelle, ce cathétérisme doit être maintenu pendant 24 heures. Nous savons actuellement que la *cryoscopie* doit porter sur l'ensemble des urines de 23 heures pour donner ue résultat *mathématique*. C'est ce démontrent les recherches du laboratoire de M. Bouchard.

L'étude de l'*urine totale*, sans cathétérisme de l'uretère, permet le plus souvent d'avoir des présomptions très sérieuses sur l'état du filtre rénal, puisqu'elle ne m'a jamais trompé. En pratique, nous n'enlevons un rein que s'il est plus nuisible qu'utile. L'urine recueillie dans la vessie en pareil cas est un mélange de la sécrétion du rein malade et de celle du rein sain. Si l'analyse chimique et biologique de cette urine montre qu'elle se rapproche très sensiblement de la normale, cela ne peut tenir qu'à la sécrétion du rein supposé indemne. Vous n'avez pas besoin alors d'aller plus loin pour savoir la valeur du rein. Mais si le résultat de cette analyse vous indique que l'état de l'excrétion urinaire totale est insuffisant, je reconnais que, dans ces cas douteux. mais dans ces cas seulement, le cathétérisme urétéral est nécessaire.

Je n'ai point encore étudié le point de congélation du sang, et vous savez quelle importance on donne à cette constatation depuis les recherches de von Koranyi, qui admet qu'au dessus de — 0,56 le fonctionnement rénal est compromis au point de contre-indiquer la néphrectomie. Si cette donnée fournit des résultats positifs, elle paraît moins dangereuse à chercher que le cathétérisme urétéral.

En somme, je ne crois pas que le cathétérisme explorateur de l'uretère tranche toujours et impunément le diagnostic de bilatéralité des lésions rénales tuberculeuses. C'est un excellent moyen auquel il faut recourir dans les cas particulièrement douteux, mais dont il ne faut pas abuser. Les progrès de la clinique nous fournissent souvent des occasions de nous renseigner aussi exactement sans avoir recours à aucune manœuvre. Combien de fois n'ai-je pas vu des urines purulentes devenir subitement claires et témoigner ainsi du fonctionnement d'un seul rein, dont on pouvait alors examiner la valeur chimique et biologique !

II. — Ceci dit, j'arrive aux *indications opératoires*. La tuberculose rénale ne relève de la chirurgie que dans les cas spéciaux. Je ne crois pas qu'il soit possible de donner à cet égard une formule absolue. C'est ainsi que les tuberculoses rénales que j'ai vues depuis un an m'ont toutes paru ne pas devoir bénéficier d'une intervention. Toutes les fois que cette localisation bacillaire nuit par son existence à la santé générale du sujet, elle doit être l'objet d'une intervention. J'admets que cette intervention sera

Digitized by Google

d'autant plus efficace que la lésion rénale sera *primitive* et mieux localisée. C'est dire que toute tuberculose rénale primitive pourra être extirpée. Mais cette formule n'est pas compromettante, car nous savons combien les lésions rénales restent souvent muettes, et trop souvent leurs signes cliniques ne se manifestent qu'alors que les lésions sont très étendues. A part les formes hémorragiques, assez rares, nous ne voyons que tardivement les lésions bacillaires du rein. Nous ne pensons pas que la question de multiplicité des localisations tuberculeuses dans la vessie, la prostate, les vésicules ou le testicule joue ici un rôle prépondérant; le tout est de bien savoir quelle part la *lésion rénale* prend dans les signes observés chez le malade.

A côté de ces indications générales, la détermination de la valeur du rein supposé normal constitue le facteur important. Je dirai toutefois qu'il faut des lésions relativement avancées de ce rein pour présenter un danger au point de vue opératoire. Des observations nombreuses montrent une longue survie malgré des lésions bilatérales. Dans tous les cas où elle est possible, la *néphrectomie lombaire* sus-capsulaire est la méthode de choix. Je réserve la *néphrotomie* à ces grosses pyonéphroses avec accidents fébriles, état cachectique des malades, dans tous ces cas où une longue et laborieuse opération peut occasionner des chances de mort. Après la néphrotomie, j'ai toujours conseillé de ne pas laisser s'établir de fistules, et je fais, aussitôt que possible, ce que j'ai appelé la *néphrectomie secondaire précoce*. J'ai agi dans deux cas de cette façon, et mes deux opérés ont guéri. Si l'état du malade le permet et si l'état de l'autre rein est bien établi, je fais la néphrectomie d'emblée. C'est ce que j'ai fait, il y a deux ans, chez une jeune malade de mon collègue Siredey et avec un plein succès.

III. — Les *résultats éloignés* de ces opérations sont très encourageants; ils ont dépassé de beaucoup mes espérances, et j'ai pu écrire que de toutes mes opérations pour la tuberculose viscérale, la *néphrectomie pour bacillose rénale est celle qui m'a donné le plus de satisfaction*. Presque tous mes opérés sont encore vivants. Une femme que j'ai néphrectomisée il y a neuf ans à Beaujon était encore en excellente santé quand mon ami Desnos m'a donné de ses nouvelles; deux autres malades opérés depuis six et sept ans, l'un avec mon collègue Parmentier, l'autre envoyée à Bône, sont actuellement en bon état. Une jeune Russe, dont j'ai rapporté l'histoire ici-même, et qui présentait une ulcération bacillaire de l'orifice uretéro vésical, il y a six ans, était bien portante l'an dernier quand je l'ai vue à Salzburg; mes six autres opérés, depuis quatre, trois et deux ans, sont bien portants. — La forme clinique de leur tuberculose ne semble pas avoir d'influence sur ces résultats définitif de néphrectomie. Ainsi, ma première malade avait une *dégénérescence caséeuse* et calcaire de son rein; la seconde avait une *pyonéphrose* avec pseudo-coliques néphrétiques; ma troisième malade avait une *tuberculose avec hémorragie* que j'ai appelée « tuberculose à forme hématurique »; cette jeune Russe présentait plusieurs *abcès froids intrarénaux*, et une uretérite tuberculeuse avec dilatation; les autres avaient des dégénérescence caséeuses ou des pyonéphroses; ils ont guéri sans fistule.

IV. — Cette dernière constatation m'amène à vous parler de la *conduite à tenir en face de l'uretère*. La néphrectomie faite, ou même avant d'extirper le rein, son canal excréteur est exploré. J'ai fait autrefois étudier l'uretérite tuberculeuse par mon élève, M. Fischer, et nous étions arrivés à cette conclusion qu'il existait une uretérite *oblitérante*, avec épaississement fibro-graisseux péri-uretéral et une uretérite *ulcéreuse* avec dilatation, ces deux formes pouvant d'ailleurs coïncider. D'une façon générale, toutes les fois que je trouve un *uretère dilaté*, je pense qu'il existe une obstruction incomplète vers sa partie inférieure. Dans ces cas, je m'efforce d'enlever l'uretère aussi loin que possible, et j'y arrive souvent par l'incision lombaire très peu agrandie. Si l'uretère est rétréci, ratatiné, atrophié, je le cautérise au thermocautère et je le ferme au catgut. Je n'ai jamais eu de fistules persistantes, mais je connais des malades qui présentent cette complication, parce que cette distinction n'a pas été établie.

En somme, les opérations contre la tuberculose rénale, quand elles sont bien justifiées, donnent des résultats aussi brillants que durables et constituent un progrès à maintenir dans la thérapeutique de cette affection.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La kélotomie dans les hernies étranglées compliquées. — La kélotomie n'est pas toujours une opération simple, elle devient très délicate dans certains cas; il faut en être prévenu, car, lorsqu'on opère une hernie étranglée on ne sait jamais d'une façon absolue dans quel état on trouvera l'intestin.

Ces difficultés peuvent naître d'anomalies du sac ou de son contenu, ou bien de complications dues soit au taxis, soit à l'évolution seule de l'étranglement : ces dernières provenant le plus souvent du retard de l'intervention.

1° Les *anomalies du sac* ne sont pas très rares; il arrive qu'après ouverture du sac on n'y trouve ni liquide, ni épiploon, ni intestin, il s'agit alors d'un *sac préherniaire* sous lequel on trouve le vrai sac.

Digitized by Google

D'autres fois, on rencontre deux sacs distincts séparés jusqu'au collet et même plus haut et contenant chacun une portion d'intestin, il s'agit alors d'un *sac double*. Dans d'autres cas enfin, le sac est libre au niveau du collet, mais présente un ou plusieurs *diverticules* contenant de l'intestin, et c'est au niveau de l'abouchement du diverticule dans le sac que siège l'étranglement.

Dans la *hernie propéritonéale* il existe un sac intra-inguinal et un abdominal situé entre le fascia transversalis et le péritoine : tous les deux communiquent plus ou moins largement. Avant la kélotomie on a dans ce cas souvent remarqué quelques particularités ; la tumeur n'est pas au niveau du canal inguinal mais au-dessus de l'arcade soulevant la paroi ; ou bien il peut exister en plus une hernie inguinale peu tendue, réductible, mais se reproduisant facilement. Dans cette variété, l'ectopie du testicule est fréquente.

Dans les hernies propéritonéales, il faut après le débridement explorer la région inguinale postérieure en suivant l'intestin, on y trouvera une seconde poche dans laquelle l'intestin est étranglé en un point. Il ne faut point chercher à débrider à l'aveugle, c'est dangereux, mieux vaut découvrir l'orifice profond afin de débrider à ciel ouvert ; si l'on a quelques difficultés, on n'hésitera pas à faire la hernio-laparotomie, dont le seul inconvénient réside dans les dimensions de l'incision nécessitant une suture très soignée.

2° Les *anomalies du contenu* peuvent porter sur l'intestin et l'épiploon, adhérents aux parois du sac, ou bien on peut trouver dans le sac d'autres organes (vessie, appendice, ovaire, trompe) seuls ou avec l'intestin et l'épiploon.

a). Les *adhérences* sont surtout fréquentes dans les vieilles hernies, aussi l'incision du sac sera toujours faite très prudemment.

Les adhérences *épiploïques* seront libérées de la façon suivante : les lèvres du sac étant repérées, l'index déchire ces adhérences en suivant la paroi interne du sac; si, en certains points, on rencontre des brides résistantes on les sectionne entre deux pinces, de même pour l'épiploon situé dans des diverticules. Les adhérences seront rompues sur tout le pourtour du sac afin de pouvoir amener facilement l'intestin et l'épiploon, une fois le débridement opéré. Les adhérences qui restent au niveau du collet une fois détruites, on procède à la ligature de l'épiploon. Il faut, lorsque le pédicule épiploïque est réduit, que le doigt introduit dans l'abdomen ne trouve plus aucune adhérence.

Les adhérences *intestinales* sont plus délicates à libérer ; cependant l'ongle arrive généralement à les détruire. Quelquefois, elles sont tellement intimes qu'elles nécessitent une dissection très minutieuse. Souvent au cours de cette libération il se produit une hémorrhagie en nappe assez abondante ; on en vient facilement à bout par la compression ; quelquefois on sera obligé de pincer et de lier une artériole ou de faire un ou deux points de suture à la Lembert. Les déchirures de la paroi intestinale sont plus sérieuses, il faudra les réparer immédiatement. Lorsque l'intestin est très adhérent, friable et qu'on redoute une déchirure, si le malade est déjà affaibli, il sera plus sage de débrider sans réduire, et de laisser l'anse dans le sac après s'être assuré que l'écoulement des matières est possible, et avoir détruit s'il est nécessaire les quelques adhérences qui compriment l'intestin ou infléchissent les deux bouts.

Dans les hernies dites *par glissement*, hernies du cœcum et de l'S iliaque, le mésocolon s'insérant à la face postérieure du sac, on ne pourra réduire l'intestin sans le sac; il faudra, après avoir réduit le volume de l'intestin libérer le sac en arrière jusqu'au collet, et réduire en masse l'intestin et la paroi postérieure du sac, et faire un collet avec ce qui reste de la paroi du sac. Si cette manœuvre est impossible on aura avantage à débrider sans réduire.

b). Le sac peut contenir d'autres organes que l'intestin, isolés ou avec l'intestin et l'épiploon.

Dans la hernie inguinale et crurale on peut trouver la vessie dans le sac ; souvent on l'attire au moment de la dissection du sac, il faudra donc s'en défier afin de ne pas la déchirer, et si toutefois cet accident arrivait, suturer immédiatement les deux lèvres.

Nous ne ferons que signaler la présence de l'appendice, de l'ovaire et de la trompe dans le sac d'une hernie étranglée. L'appendice peut être sain, on pourra alors le reséquer et réduire ; mais il peut être gangrené et perforé, il faut alors nettoyer le sac, débrider et libérer l'appendice afin de l'extirper.

3° *Hernies compliquées par le taxis.* Le taxis fait brutalement ou prolongé longtemps peut engendrer des complications sérieuses. En effet on peut réduire en masse l'intestin et le sac, et alors l'étranglement persiste. Ou bien la réduction s'opère dans un sac diverticulaire, l'intestin restant toujours serré. Dans d'autres cas, le sac est déchiré et l'intestin réduit dans le tissu sous-péritonéal, l'obstacle persistant.

Plus grave encore est la réduction d'un intestin sphacélé ou perforé, qu'il y ait réduction vraie ou réduction en masse. Ces complications dues aux taxis seront reconnues pour la persistance des signes d'étranglement ; dans tous les cas, il faudra intervenir au plus tôt en faisant la *hernio-laparotomie*. Inciser le long du canal inguinal qu'on trouve vide ; débrider l'orifice profond et prolonger l'incision en haut et en dehors assez loin pour se donner du jour et chercher l'étranglement ; examiner l'intestin, sectionner le collet, exterminer par l'excision du sac et la réfection de la paroi.

Digitized by Google

S'il y a gangrène ou perforation, on se trouve en face d'une péritonite généralisée ou localisée. Dans le premier cas, laparotomie médiane, recherche de l'anse qui sera traitée, puis lavage du péritoine et drainage. Dans la péritonite localisée reconnaissable à un empâtement douloureux et saillant dans la fosse iliaque au-dessus du canal inguinal, on fera la herniolaparotomie. Le foyer sera limité par des compresses aseptiques et après débridement, l'intestin traité suivant les cas par la suture ou l'enfouissement ; puis l'on drainera sans refermer comme dans l'appendicite avec abcès. Mais ces cas sont toujours très graves et leur gravité suffit à condamner le taxis.

4° Hernies compliquées de lésions intestinales. — Ces lésions s'observent dans les hernies opérées tardivement, et dans celles où l'étranglement est très serré. Ces lésions peuvent-elles être prévues avant l'opération? Non dans la plupart des cas ; cependant on devra se défier des petites hernies qui se gangrènent facilement, alors que dans les hernies volumineuses les lésions sont plus rares et surtout plus tardives.

La sonorité de la tumeur primitivement mate est un signe de perforation, de gangrène ; de même l'œdème inflammatoire de la paroi et le phlegmon stercoral.

Au cours de l'opération il n'est d'ailleurs pas toujours facile d'affirmer que l'intestin est ou non sphacélé. Trois faits sont possibles, la gangrène est douteuse, elle est évidente, il y a perforation intestinale.

A. *L'anse est douteuse.* — Il ne faut pas juger de l'état de l'intestin à première vue, mais l'examiner attentivement et de très près, car souvent un intestin noirâtre, qui de prime abord paraît sphacélé, reprend sa vitalité après le débridement. Il faudra donc après avoir levé l'obstacle faire des affusions d'eau bouillie très chaude, et si au bout de 5 à 10 minutes l'intestin garde une coloration grisâtre, sale, ou rougeâtre avec des taches jaunes, s'il est recouvert de pseudomembranes, s'il a au toucher une consistance molle, flasque, si enfin la circulation ne se rétablit pas, c'est que sa vitalité est compromise et l'on ne devra pas réduire. Toutes les fois qu'on a des doutes sur l'état de l'intestin on ne doit pas le rentrer dans l'abdomen. Que faire alors?

a) Si la lésion est bien limitée on pourra pratiquer l'*enfouissement* puis réduire.

b) Si les lésions paraissent étendues, on se contentera de débrider sans réduire. Le sac est lavé, nettoyé et l'anse est fixée au niveau de la plaie et laissée ainsi sous un pansement. Que va devenir l'intestin? Si les lésions sont réelles comme on le craignait, il va s'établir, au bout d'un temps variable, un anus contre nature, mais alors la cavité péritonéale est protégée par les adhérences. Si, au contraire, les lésions n'étaient qu'apparentes, l'anse ne tarde pas à récupérer sa vitalité, elle redevient rouge, le cours des matières se rétablit et on laisse l'anse rentrer dans le ventre ; on peut même faciliter sa rentrée en sectionnant les fils qui l'unissaient à la paroi.

C'est là une pratique très sage, nous l'avons employée à Saint-Louis dans le service de notre maître M. Richelot, chez un malade porteur d'une hernie inguinale étranglée depuis 35 heures. L'intestin paraissait sphacélé sur une large surface excluant toute tentative d'enfouissement ; nous avons reculé devant l'entérectomie à cause de l'état du malade, et nous nous sommes contentés de débrider et de laisser l'intestin dans la plaie après l'avoir fixé par quelques points de suture. La suite nous donna raison, car le soir même le malade rendait des gaz par l'anus et le lendemain des matières ; le second jour, l'anse était rouge, nous l'avons laissée se rétracter et notre malade a parfaitement guéri.

B. *L'anse est gangrénée.* — La gangrène est évidente quand l'intestin présente une coloration feuille morte, une odeur fétide ; mais cette gangrène peut être plus ou moins étendue, d'où des indications différentes.

a) gangrène circonscrite. Lorsqu'on ne trouve qu'une seule plaque de gangrène ou plusieurs plaques de petites dimensions, siègeant au niveau du collet, si le reste de l'anse est en bon état, cela est réparable par l'*enfouissement*, qui consiste à plisser la paroi de l'intestin de façon à déprimer la plaque gangrénée qui est ainsi invaginée dans la cavité intestinale ; on réunit les deux lèvres par un surjet sero-musculaire commençant un peu au delà de la plaque ; s'il est nécessaire, on fera un second surjet par dessus le premier, et la réduction pourra être opérée sans crainte. L'enfouissement peut porter sur plusieurs plaques à condition qu'elles soient de petites dimensions, sinon on risquerait de rétrécir l'intestin.

Si la plaque de gangrène est irrégulière et l'enfouissement impossible, on pourra faire l'*entérorrhaphie latérale* exciser la portion gangrénée et suturer le pourtour ; mais c'est une opération plus grave parce qu'on ouvre l'intestin ; cependant si on peut la pratiquer dans de bonnes conditions, pour peu qu'on soit habitué aux sutures intestinales, on ne négligera pas de la tenter.

Lorsqu'on a un grand nombre de plaques gangrénées et que l'enfouissement n'est pas possible, l'anse sera traitée comme quand il y a gangrène totale.

b) Gangrène étendue, gangrène en masse. Le pronostic est ici beaucoup plus grave et la conduite à tenir beaucoup plus délicate ; deux considérations très importantes doivent entrer en ligne de compte, l'état du malade, les conditions dans lesquelles on

Digitized by Google

opère. Si le malade est faible, intoxiqué, on donnera la préférence à une intervention rapide et simple, ne fût-elle que palliative; si, au contraire, il est résistant, on pourra tenter une intervention plus complexe et plus complète, la résection intestinale.

Si les conditions dans lesquelles on opère sont mauvaises, du fait du milieu, des aides, de l'opérateur, peu familiarisé avec la chirurgie intestinale, c'est encore à une opération simple qu'on donnera la préférence; dans toute autre circonstance on tentera une opération radicale.

L'*invagination totale* proposée par Guinard consiste, après avoir détaché le mésentère sur la longueur de l'anse gangrénée et placé dessus des pinces ou des ligatures, à refouler l'anse malade dans le bout inférieur de l'intestin sain et à suturer lorsque les deux portions saines sont en contact. On a ainsi l'avantage de ne pas ouvrir l'intestin, mais cette manœuvre difficile, souvent très longue, n'est possible que dans les cas où l'intestin est gangréné sur une étendue de 10 centimètres au plus.

L'*entérectomie* supprime toute la portion sphacélée; pour cela l'anse étant attirée, la plaie bien protégée par des compresses, le mésentère est sectionné jusqu'au delà de la gangrène, l'intestin est évacué et l'on arrête le cours des matières au moyen de deux pinces ou des doigts d'un d'un aide, on sectionne alors l'intestin en tissu sain. Reste à réunir les deux bouts soit au moyen de sutures (entérorraphie circulaire) ou d'un bouton anastomotique; on peut encore fermer les deux bouts et établir une anastomose latérale.

Faites dans de bonnes conditions et par un opérateur habitué, ces opérations donnent des résultats souvent inespérés; mais malheureusement elles ne sont pas à la portée de tous les praticiens qui devront se contenter de faire un anus artificiel ou d'abandonner l'anse dans la plaie. Sans doute c'est un pis-aller, une opération palliative, mais elle pare au premier danger.

L'*anus contre nature* est facile à établir; si la portion gangrénée n'a pas de grandes dimensions, il suffit d'ouvrir en plein sphacèle et de suturer les bords à la peau; on devra s'assurer que le bout supérieur est perméable. Si, au contraire, l'anse gangrénée est très longue, il faut sectionner non seulement la paroi intestinale sphacélée mais l'épiploon, puis rapprocher les deux bouts d'intestin au niveau de leur bord postérieur, et les suturer à la peau sur le reste de leur pourtour.

C. *L'anse est gangrénée et perforée, il y a un abcès stercoral.* — A l'ouverture du sac, on tombe dans une cavité remplie de pus et de matières fécales; il faut nettoyer cette cavité par une irrigation à l'eau boriquée ou au sublimé, afin de pouvoir examiner l'intestin. S'il n'existe qu'une petite perforation avec une plaque limitée de gangrène, on pourra tenter la réparation par suture et enfouissement, puis, l'intestin désinfecté, le réduire ou le laisser au niveau de la plaie. Mais le plus souvent les perforations sont multiples, entourées d'une zone de gangrène, et alors la seule ressource est l'anus contre nature.

Toute ces complications que nous venons d'énumérer étaient fréquentes au temps où la kélotomie n'était pratiquée qu'à la dernière heure; elles sont devenue plus rares, mais on les rencontre encore trop souvent; elles deviendront exceptionnelles lorsque tous les praticiens seront bien convaincus que toute hernie étranglée doit être opérée dès les premières heures de l'étranglement, et mettront cette formule en pratique. — Henri Milhiet, *Interne des hôpitaux.*

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Phénacétine associée au sulfonal dans la migraine

Par M. le Dr Liégeois

Correspondant national de l'Académie de Médecine

Lépine (de Lyon), Miraschi et Rifat (de Salonique) en 1887; Pesce (de Turin), Hugo Hoppe, en 1888, notèrent l'efficacité de la phénacétine dans la migraine. Elle a du moins sur l'antipyrine un avantage qu'on ne saurait lui contester, celui d'être admirablement tolérée par l'estomac dont il importe tant de ménager la susceptibilité pendant le paroxysme.

Voici treize ans que je conseille la phénacétine aux migraineux et que j'en prends chaque fois que j'ai la migraine.

Les médecins qui s'en sont servis les premiers donnaient d'emblée 1 gramme et renouvelaient cette dose toutes les deux ou trois heures; atteignant 3 et même 6 grammes *pro die*. Pesce prescrivit 0 gr. 50 seulement toutes les deux heures, M. Edgard Hirtz ne va pas au-delà de 0 gr. 25 ou 0 gr. 30 en une fois.

Ma dose est de 0 gr. 50 en un cachet pris au début de l'accès aux symptômes duquel le migraineux se trompe rarement. Le patient attend le résultat, couché ou assis, dans le repos le plus absolu, loin du bruit. Voici ce qui se passe :

Au bout d'une demi-heure surviennent au visage, aux mains, partout le corps, des bouffées de chaleur; la transpiration cherche à s'établir, et cependant cela ne va pas jusque-là; puis, sans que le sujet ait eu ces renvois à odeur de houille consécutifs à l'ingestion de l'antipyrine, il sent autour de lui durant de courts instants cette odeur de la houille et il est convaincu

Digitized by Google

qu'il s'élimine du phénol par sa muqueuse nasale. Aussitôt que l'odeur de houille a fait son apparition la douleur s'amende et s'éteint sur place sans s'irradier vers le côté opposé de la tête, comme c'est le fait habituel quand on laisse l'accès se terminer spontanément. Et ne croyez pas qu'il faille revenir toutes les deux ou trois heures à pareille dose de phénacétine : dans l'immense majorité des cas, la dose unique de 50 centigrammes est suffisante si l'on n'est pas obligé de vaquer à ses occupations, si l'on peut rester tranquille à la chambre. Le migraineux doit-il parler, et comme nous, médecins, consulter ou sortir en voiture, il se munira d'un second cachet de phénacétine qu'il prendra si, après trois ou quatre heures de sédation, la douleur tend à revenir ; mais, quand elle récidive, elle n'est plus aussi intense : c'est un endolorissement hémicrânien, une subdouleur plutôt qu'une douleur.

Le migraineux qui avale 8 gr. 50 de phénacétine à onze heures pourra déjeuner à midi sans inconvénient, sans exposer son estomac à la révolte, à l'expresse condition qu'il mange peu.

Durant l'évolution du paroxysme migraineux, et même quand il est terminé, le patient ne souhaite rien tant que de dormir. Le sommeil survient parfois naturellement après quelques heures de souffrance; mais, au réveil, le battement temporal, sus-orbitaire ou frontal douloureux, est ressenti de plus belle. Provoquer le sommeil est donc remplir une indication dont vous seront reconnaissants ceux qui ont le temps de dormir le jour et ceux que l'accès surprend le soir ou pendant la nuit. Toutefois, se borner à prescrire purement et simplement un soporifique, ce serait instituer une médication incomplète ; il faut prescrire simultanément un analgésique et un hypnotique, un hypnotique faisant bon ménage avec l'analgésique.

Jusqu'en 1887, et principalement dans les migraines vaso-constrictives (1), je me suis adressé, à défaut d'autres soporifiques, au chlorhydrate de morphine auquel j'adjoignais deux excellents nervins, le sulfate de quinine et le salicylate de soude (à cette époque les nervins du groupe des phénols étaient inconnus ainsi que les hypnotiques si nombreux que nous possédons actuellement).

Ayant observé l'heureuse influence dolorifuge de la phénacétine sur ma migraine, j'abandonnai le sulfate de quinine et le salicylate de soude. Puis bientôt, on se répandit en éloges sur le sulfonal comme hypnotique dans les états nerveux ; on ajouta — c'est exact — qu'il ne fatigue pas l'estomac : de là mes cachets contre la migraine à 1 gramme de sulfonal associé à 0 gr. 50 de phénacétine. Par leur emploi la douleur hémi-crânienne prend fin avant que les paupières s'alourdissent ; le sommeil est paisible, reposant, et le réveil n'est pas accompagné de malaises gastriques ni d'autres : il n'en était pas de même avec la morphine.

Le verre d'infusion aromatique chaude, que l'on recommande après l'ingestion du sulfonal pour le dissoudre et en hâter l'action, n'est pas indispensable : il pousserait au vomissement. Nous faisons suivre le cachet d'un verre d'eau sucrée, froide, additionnée de kirsch : l'effet dolorifuge précède l'effet soporifique, mais celui-ci se manifeste aussitôt.

(1) Ch. Liégeois, Variétés cliniques et traitement rationnel des migraines (*Journal des Praticiens*, 1887, p. 39).

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

L'alimentation par le lait de chèvre. — A propos du récent article de M. Boissard sur l'alimentation par le lait de chèvre, le Dr Gannat (de Vichy), nous envoie une note confirmative des opinions de notre distingué collaborateur. M. Gannat nous signale cependant deux inconvénients à l'emploi du lait de chèvre, mais ils sont, dit-il, insuffisants pour abandonner ce mode d'allaitement : « Le *premier*, c'est la constipation qu'il provoque et à laquelle je remedie en faisant prendre une fois par jour dans le lait 5 grammes de manne en larmes.

Le *deuxième*, c'est que la secretion lactée devient très minime et très inférieure comme qualité durant les 2 derniers mois *de la grossesse* avant la mise bas des chèvres.

Ceci est, je crois, le principal inconvénient, car pour la chèvre, le moment du rut est toujours au printemps, du moins c'est l'opinion des fermiers de ma région.

Si cette assertion était fausse, la difficulté serait levée ; car il serait facile d'échelonner d'une façon satisfaisante cette date de la mise bas.

Quant à la question de couleur des selles j'ai toujours constaté la même couleur qu'avec le lait de vache.

Je n'attache pas non plus d'importance à la couleur de la robe de la chèvre, qu'elle soit blanche ou noire, c'est indifférent.

Je recommande enfin aux *nourrices* d'avoir soin de donner une alimentation régulière, soit herbe fraîche, soit foin, aux chèvres, tout l'un ou tout l'autre, afin d'éviter les changements de composition.

Je recommande aussi que la tétée de l'enfant soit préparée avec la *traite fraîche et encore chaude;* car *le lait est vivant*, et c'est là que réside toute la supériorité du procédé.

Je n'emploie jamais de lait stérilisé, et je m'en trouve bien. — Quant au coupage du lait, il varie suivant la présence de grumeaux de caseine dans les selles. »

Emulsion d'huile de foie de morue :

Huile de foie de morue ambrée.	480	grammes
Sirop de phosphate de chaux..	350	—
Eau distillée.....	150	—
Gomme adragante.....	5	—
Alcoolature de citrons	20	—
F. s. a.		

Donner 3 à 4 cuillerées à soupe par jour. Brissemoret.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Cœur et grippe. — Depuis la grande épidémie de grippe en 1890, beaucoup de travaux, en France comme à l'étranger, ont fixé la science sur les rapports existant entre les affections cardiaques et l'influenza. Tout a été dit, à ce sujet, et l'on a même exagéré la fréquence des myocardites grippales qui n'existent souvent que dans l'imagination de quelques cliniciens, ainsi que M. Huchard l'a démontré dans son récent rapport sur « les myocardites », au congrès médical de Lille en 1899. Or, au 29e congrès de la Société allemande de médecine, tenu à Berlin, du 18 au 21 avril dernier, Schott a voulu démontrer une fois de plus ce que tout le monde savait depuis longtemps, l'action du poison grippal sur le cœur. Certes, on ne doit pas lui en vouloir de frapper toujours sur le même clou pour le mieux enfoncer. Mais, il aurait dû, au moins, rendre justice à ses devanciers, en rappelant leurs noms et leurs recherches à ce sujet, d'autant plus qu'il n'a fait que répéter ce qui a été dit et redit, à savoir que l'action s'exerce sur le cœur de trois façons : 1° par une altération primitive du cœur ; 2° par la survenue d'affections cardiaques secondaires à des déterminations de l'influenza sur d'autres organes ; 3° par l'action de l'influenza sur les maladies du cœur préexistantes. Nos lecteurs n'ont qu'à parcourir la collection du *Journal des Praticiens* depuis sa fondation, c'est-à-dire depuis l'année 1887, et ils verront, encore une fois, que ces faits ont été pleinement et souvent mis en lumière. Ils liront même dans le n° 5 (3 février 1900), la mention de la tachycardie, de la bradycardie, des accidents angineux, des aggravations de lésions cardiaques préexistantes par la grippe.

Si nous insistons sur ces faits, ce n'est pas seulement parce qu'ils sont connus, mais surtout parce qu'ils ont été reproduits par quelques journaux français, comme s'ils étaient nouveaux, comme s'ils appartenaient au médecin allemand ; c'est encore parce que Schott a le tort d'appeler lui-même de son nom, une méthode de traitement des affections du cœur par une certaine gymnastique dont il n'est certes pas l'auteur. C'est un abus de langage, c'est une flagrante injustice d'appeler « méthode de Schott », un procédé de traitement connu bien avant lui. C'est une affirmation extra-scientifique de prétendre que l'on guérit anatomiquement des lésions cardiaques, alors qu'il ne peut s'agir que de guérisons fonctionnelles, alors que l'on guérit des *faux* cardiaques maintenus plusieurs années comme de vrais cardiaques dans certaine station hydro-minérale de l'étranger, alors que l'on abuse des complaisances de la radiographie pour démontrer la réduction de la cardiectasie. — D. R.

Les dimensions du cœur chez les anémiques. — « Si par l'une ou l'autre cause (faiblesse contractile du cœur par lésions ou insuffisance nutritive du myocarde) la force musculaire est diminuée, la contraction n'est plus aussi vigoureuse et le sang ne sera plus expulsé complètement, la quantité de liquide restant dans le cœur augmentera, et la masse habituelle de sang continuant à venir de l'oreillette, au bout de quelque temps le ventricule devra contenir plus de liquide que pendant une diastole normale ; il se laissera distendre davantage. »

C'est en ces termes que Wybauw (*Journ. méd. de Bruxelles*, 15 mars 1900) pose et résout le problème de la dilatation du cœur chez les anémiques, étudiée d'abord par Wallerstein (*Diss. inaug.*, Bonn 1890), et surtout par Henschen, d'Upsala (*Ueber herzdilatation bei chlorose und Anæmie*, Iéna 1898). Talma, en Suède, a même décrit une dilatation du *conus arteriosus* chez les chlorotiques (*Nederl Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1895). Le Dr Wybauw publie des observations démontrant : que les dilatations cardiaques des anémiques résultent souvent d'un surmenage ; qu'elles peuvent ne se traduire par aucun des symptômes habituels et s'accompagner uniquement de phénomènes gastralgiques. D'où cette conclusion : il y a lieu d'examiner avec soin la matité précordiale chez tous les anémiques, surtout chez ceux qui se plaignent de phénomènes gastriques.

Mais, chez les anémiques, il existe des *pseudo*-dilatations du cœur bien étudiées par Jürgensen dès 1868, par Müller (*Berl. Klin. Woch.* 1895), par Grünmach (*Therap. Monatshefte*, 1897), enfin par von Noorden (*Nothnagel's spec. Path. und therapie* Bd VIII). Ces pseudo-dilatations sont dues à fait, que chez les chlorotiques et les anémiques le diaphragme et surtout surélevé ; il en résulte que, chez ces malades, le choc de la pointe se trouve plus haut que normalement, dans la 4e, voir le 3e espace intercostal, et il en résulte encore que la limite droite de la matité cardiaque est reportée à 3 ou 4 centimètres en dehors de la situation normale. La matité cardiaque s'étale en largeur et l'on croit à une cardiectasie qui n'existe pas, de même que l'on croit à une hypertrophie du cœur chez les jeunes gens de malformation

Digitized by Google

thoracique, lorsque l'organe est simplement descendu et que sa pointe bat plus bas par suite de cette malformation. M. Wybauw donne deux observations dans lesquelles l'exhausssement de la voûte dyaphragmatique chez les anémiques a pu donner l'illusion d'une dilatation du cœur qui n'existait pas, et il termine à ce sujet par cette conclusion : Chez les anémiques et les chlorotiques, il y a lieu d'admettre deux ordres de phénomènes : soit le déplacement du cœur par l'élévation du diaphragme simulant une dilatation, soit une dilatation véritable. Mais, si cette « dilatation véritable » existe, comme les recherches consciencieuses de Henschen (d'Upsala) l'on démontré, la question des souffles anorganiques du cœur dont on abuse tant de nos jours, entre dans une nouvelle phase, et la théorie de leur siège *toujours* pulmonaire que quelques auteurs ont voulu établir d'une façon exclusive et exagérée, reçoit une grave atteinte de la part de savants qui admettent encore la réalité des insuffisances fonctionnelles de la valvule mitrale par dilatation du cœur et dilatation consécutive de l'orifice. — D. R.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Anémie des nourrissons dyspeptiques et son traitement. — D'après Comby, l'anémie est d'une fréquence extrême chez les nourrissons, et il la décrit avec quinze observations personnelles (*Arch. de méd. des enfants*, juin 1900).

Son *étiologie* est tout entière dans le tube digestif (enfants très jeunes ayant de quelques mois à deux ans, nourris au biberon le plus souvent, ou soumis à l'allaitement dans des conditions défectueuses, avec une nourrice insuffisante et qu'on a dû changer plusieurs fois, etc.).

D'autres enfants sont anémiques parce qu'ils sont faibles de naissance, et à cette faiblesse peut s'ajouter l'anémie par auto-intoxication ; troubles dyspeptiques, mauvaises digestions, gastro-entérite aiguë ou chronique avec putréfactions gastro-intestinales, abus alimentaire, suralimentation, sevrage prématuré ou brutal, etc.

Symptômes : Visage pâle, jaune, parfois terreux ; peau décolorée, sèche, flétrie, pâleur des muqueuses, yeux excavés, mine souffreteuse, triste ; ventre souple quoique volumineux ; foie normal ou gros ; rate normale ou volumineuse (sorte d'*anémie splénique*). Le chiffre des globules peut tomber au-dessous de deux millions. Comme chez les adultes, et quoiqu'on ait prétendu le contraire, souffle systolique de la base, bruit de diable dans les vaisseaux du cou. Troubles digestifs constants, anorexie absolue, diarrhée plus rare que la constipation, sonorité gastrique et clapotage stomacal ; diminution du poids, amaigrissement. Ces enfants peuvent rester dyspeptiques très longtemps jusque dans la seconde enfance ou l'adolescence, à moins qu'une thérapeutique rationnelle ne vienne supprimer hâtivement tous ces accidents. Donc, le pronostic, dans ces conditions, n'est pas mauvais.

Traitement proposé par Comby : Sevrage tardif (à 18 mois en moyenne), gradué, ménagé, le régime végétarien succédant peu à peu au régime lacté exclusif, sans le remplacer complètement. Après le sevrage, donner à l'enfant un demi-litre de lait par jour, et non un litre et demi ou deux litres, comme on le conseille parfois. En cas de soif vive, eau d'Evian ou d'Alet (pas de vin, ni de boissons fermentées, ni d'alcool, ni thé, ni café, peu d'aliments sucrés). Les farineux et les aliments végétaux doivent occuper une large place dans l'alimentation; de même que les panades et potages épais au pain grillé, aux pâtes, au tapioca, à la semoule, les bouillies de farine de blé, d'orge, de riz, etc., œufs mollets, œufs au lait, purées de légumes secs, fruits cuits, Pas de viande cuite ou crue jusqu'à trois ans. A partir de cet âge, on pourra donner les cervelles, ris de veau, quenelles, poissons, viandes blanches hachées, pain grillé et biscottes.

Le nombre des repas doit être réduit à quatre en 24 heures. 1er *repas* à 7 ou 8 heures du matin (œuf à la coque, une panade ou un potage épais, une petite tasse de lait). — 2e *repas*, vers midi (purée de légumes secs, une cuillerée de chicorée cuite ou de marmelade de pommes, une tasse de lait). — 3e *repas*, à 3 ou 4 heures (bouillie, potage ou œuf, une tasse de lait). — 4e *repas*, à 7 heures (une purée, fruits cuits, tasse de lait).

A un an, l'enfant peut manger un œuf par jour ; à 18 mois, deux œufs ; à deux ans, trois. A ce régime alimentaire, adjoindre des sorties et des promenades au grand air, vie à la campagne, si possible. En été, séjour à la mer; en automne, Biarritz est préférable, d'autant plus qu'on peut ajouter à l'influence bienfaisante du grand air, l'action stimulante et reconstituante des bains salés de Briscous. Si l'enfant ne peut être déplacé, deux ou trois fois par semaine, un bain salé de 15 à 20 minutes avec un kilo de chlorure de sodium.

Comme médicament, peu de chose. Cependant, en raison de la dyspepsie atonique, de la constipation, de l'anorexie, on prescrit des alcalins, de la strychnine, de la magnésie et du fer contre l'anémie. Voici quelques formules :

1° Bicarbonate de soude.....	0,25	centigr.
Magnésie calcinée.....	0,20	—
Poudre de cannelle.....	0,15	—
Protoxalate de fer..... } Poudre de noix vomique.... }	aà un centigr.	

Digitized by Google

Pour un paquet (n° 20). En donner deux par jour dans une cuillerée à café de lait ou d'eau sucrée pendant dix jours, pour un enfant de deux ans.

2° Bicarbonate de soude..... 0,20 centigr.
Salicylate neutre de bismuth. } ãã 0,15 centigr.
Benzonaphtol..... }
Protoxalate de fer .. .. un centigr.

Pour un paquet (n° 20). Trois par jour, pour un enfant de 15 mois, atteint d'anémie dyspeptique avec diarrhée et selles fétides.

3° Bicarbonate de soude..... 0,20 centigr.
Craie préparée ..... 0,15 —
Pepsine .... 0,10 —
Poudre de semences d'anis... 0,05 —
Poudre de noix vomique..... cinq milligr.

Pour un paquet (n° 20). Deux par jour (enfant de 15 à 18 mois pour tympanismes renvois gazeux etc.).

4° Chlorure double de fer et de quinine 0,10 centigr.
Véhicule stérilisé, q..s..... 0,10 centigr. cubes

Pour injections sous-cutanées (formule de Mousnier), dans les cas graves et d'apparence pernicieuse : une seringue de cravaz par jour. Dans ces cas, on peut encore tenter les injections de sérum artificiel, de lécithine, de jaune d'œuf, d'après Muggia. *(Congrès de pédiatrie de Turin. 1898.)*

Enfin, il importe de combattre toujours la constipation par le régime (salades cuites, fruits cuits), par des suppositoires glycérinés, de petits lavements de glycérine pure à la dose d'une cuillerée à café donnée à l'aide d'une seringne de cette contenance à monture en caoutchouc durci et canule indépendante. — D. R.

Traitement de la colite muco-membraneuse chez l'enfant. — La forme chronique de l'entéro-colite chez l'enfant est habituellement précédée par une phase aiguë d'entéro-colite qu'il faut traiter comme toute entérite aiguë.

Voici le modus faciendi préconisé par M. G. Lyon, dans une intéressante monographie sur l'entéro-colite muco-membraneuse.

Si l'enfant est au sein, on espace les tétées ; s'il est élevé au biberon, on lui donne du *lait stérilisé* ou plutôt on le soumet d'abord à la *diète hydrique* (eau bouillie, à raison de quatre cuillerées à café toutes les demi-heures). Chez les enfants déjà sevrés, le lait doit également constituer l'unique aliment. S'il est mal toléré, on donne pendant un jour ou deux ou même davantage des infusions de thé, de la décoction d'orge avec un œuf battu, de la décoction blanche de Sydenham conservée dans de la glace (Guinon), puis du bouillon de poulet dégraissé. On calme les douleurs par des applications de *compresses chaudes*, de *cataplasmes*, par des *bains tièdes* à 35° de 10 minutes. La fièvre est-elle élevée, dépasse-t-elle 39°, on remplace le bain tiède par un *bain frais* à 30° d'abord, puis à 28°, 25°. renouvelés toutes les quatre heures et d'une durée de 5 minutes.

Comme chez l'adulte, les grands lavages constituent le meilleur moyen de réaliser l'antisepsie de l'intestin (2 grammes de borate de soude par litre d'eau bouillie); mais les lavages peuvent provoquer des douleurs au début de la maladie et doivent être employés avec prudence ; il ne faut pas introduire à la fois plus de 100 grammes de liquide. Il vaut mieux même n'en faire usage que quand les bains, la diète hydrique ont modéré l'intensité du processus inflammatoire.

Pour calmer le ténesme, on peut faire usage du *laudanum* (une à trois gouttes, suivant l'âge, en lavement dans une cuillerée d'eau à 40°), et de l'*antipyrine* (0 gr. 05 — 0 gr. 10, trois ou quatre fois par jour dans de l'eau alcaline).

Chez les enfants au-dessus de trois ans, on peut employer la *poudre de Dower*.

Quand les selles sont putrides, il est indiqué d'employer le *calomel* à doses fractionnées (0 gr. 01 — 0 gr. 02 en trois ou quatre paquets; un paquet d'heure en heure, pour un enfant d'un an ; 0 gr. 03 pour un enfant de deux ans).

Quand la convalescence commence, on prescrit chez les enfants sevrés un régime très sévère : panades, soupes au lait, tapioca au bouillon ; lait stérilisé, œufs peu cuits ; crèmes, purées de légumes secs, cervelles, ris de veau, poissons frais. (Pas de légumes verts, pas de vin),

A ce moment, si la constipation s'établit, on la combat avec l'*huile de ricin* ou la *magnésie*.

Quand la colite revêt le caractère dysentériforme, avec selles sanglantes, ténesme, etc., l'*ipéca* est indiqué. On prescrit une infusion de racine d'ipéca (0 gr. 30 — 0 gr. 80 dans 100 ou 200 grammes d'eau).

Si des complications surviennent, s'il y a tendance au collapsus, les *bains chauds*, les *boissons chaudes* et surtout les *injections de sérum*, 100 — 150 grammes (en 2 fois) seront les moyens à employer.

D'ailleurs l'injection de sérum à petites doses (10 à 20 grammes), sera utile chez tous les enfants déprimés.

Dans la colite chronique de l'enfant, avec constipation habituelle, rejet de muco-membranes, colite qui succède habituellement à ces formes aiguës, le traitement est le même que pour les adultes : *lavages de l'intestin, lavements huileux* (150 grammes), *huile de ricin* à petite dose ou massive (10 à 20 gr. par jour), *calomel* de temps à autre. Hénoch prescrit l'acide chlorhydrique contre les troubles gastriques :

Acide chlorhydrique. . . . . 0 gr. 50
Eau distillée..... ... . 100 grammes
Gomme arabique .. .. 1 —
Sirop d'althæa ... . 20 —
Teinture thébaïque.. .. .... II-IV gouttes

Une cuillerée à café ou à dessert trois ou quatre fois par jour.

Digitized by Google

Comby fait prendre, dix jours par mois, matin e soir, dans une cuillerée d'eau sucrée, un paquet contenant :

Bicarbonate de soude ..... } aà 0 gr. 25
Magnésie calcinée..... }
Poudre de noix vomique ... 0 - 01

Un demi-centigramme de noix vomique par jour et par année d'âge.

L'alimentation consistera en potages maigres, panades légères, poissons maigres et bouillis, cervelles, ris de veau, œufs à la coque, purées de légumes, fruits cuits, crèmes.

Le *massage de l'intestin* est d'autant plus indiqué que la tonicité de l'intestin est moins compromise dans le jeune âge que chez l'adulte.

On pourra conseiller une cure thermale à *Plombières, Châtel-Guyon, Hombourg, Kissingen.* S. R.

CLINIQUE URINAIRE

Recherches bactériologiques sur les suppurations péri-uréthrales. — Les remarquables travaux de Veillon et Zuber ont montré le rôle, presque méconnu jusqu'ici, que les microbes strictement anaérobies jouent dans l'infection en général et particulièrement dans les processus fétides et gangréneux. En s'inspirant de ces idées, notre ancien collègue et ami le Dr Cottet a entrepris sur les suppurations péri-uréthrales des recherches bactériologiques, qui font l'objet de sa thèse inaugurale et dont nous nous proposons de résumer ici les résultats (*Th. Paris* 1899. Chez Carré et Naud).

Avant d'exposer ses recherches personnelles, portant sur 13 cas d'infiltrations d'urine et d'abcès urineux, Cottet passe en revue et critique les principales théories pathogéniques de ces affections. Il montre, par des arguments cliniques et expérimentaux, l'inexactitude et l'insuffisance de la célèbre théorie de l'éclatement de l'urèthre en amont d'un rétrécissement et sous l'influence d'une rétention aiguë d'urine. Depuis longtemps, d'ailleurs, on avait reconnu que l'urine n'est pas elle-même « le liquide le plus redoutable de l'économie », pour employer l'expression de Velpeau, et que la condition essentielle des phlegmons péri-urèthraux n'est pas tant l'épanchement de ce liquide dans les tissus, que la pénétration des germes septiques, dont l'urine infectée est le véhicule et dont les lésions d'uréthrite et de péri-uréthrite chronique préparent la diffusion.

Mais il restait à déterminer la nature de ses germes septiques, et c'est en ce point que consiste l'originalité du travail de Cottet. Tout d'abord, il fait remarquer qu'il est étonnant à priori que les accidents si spéciaux de la gangrène septique et gazeuse soient dus seulement aux microbes vulgaires de la suppuration, tels que le coli-bacille, le streptocoque et le staphylocoque. On peut se demander si le pouvoir de provoquer de pareils processus n'est pas dévolu à des micro-organismes, doués de fonctions biologiques spéciales. Et ce n'est pas là seulement une vue de l'esprit. L'auteur rappelle, en effet, à propos des suppurations dont il s'occupe, cette remarque générale de Veillon sur les processus fétides et gangréneux en général, à savoir que l'examen du pus sur lamelles montre une abondance et une variété très grandes de formes microbiennes, alors que les cultures sur les milieux usuels ne donnent que quelques colonies ou même restent stériles. La raison de ce fait contradictoire est que, par les techniques ordinairement usitées, on laisse forcément échapper les microbes strictement anaérobies, dont la culture exige des milieux spéciaux. Aussi, en employant la méthode préconisée par Veillon et Zuber, Cottet a-t-il pu constater que les microbes anaérobies jouent dans les suppurations péri-uréthrales un rôle presque toujours important, souvent prépondérant et parfois exclusif. En effet, dans 4 cas sur 12, il n'a trouvé que des microbes strictement anaérobies; dans 7 cas, les microbes anaérobies étaient associés aux microbes facultatifs, mais en quantité prépondérante; dans un seul cas, il n'y avait pas de microbes anaérobies : il s'agissait dans ce dernier cas d'une infiltration d'urine, qui était une exception clinique, en ce que la fétidité et la gangrène y faisaient complètement défaut.

Dans l'une de ces observations, nous trouvons un fait intéressant au point de vue de la pathologie générale : c'est une infiltration d'urine, où le pus de la collection périnéale contenait deux espèces, le coli-bacille en très petite quantité, et un microbe strictement anaérobie, le *bacillus funduliformis* très abondant. Or il se fit un abcès métastatique à distance, dans lequel l'examen bactériologique montra le bacille anaérobie à l'état de pureté. Il s'agit donc là d'une infection par voie sanguine, dont l'agent pathogène a été d'une façon en quelque sorte élective un microbe strictement anaérobie.

Ces microbes, isolés par Cottet, appartiennent pour la plupart à des espèces déjà décrites : micrococcus fœtidus (Veillon), bacillus fragilis (Veillon et Zuber), bacillus funduliformis (J. Hallé), bacillus nébulosus (J. Hallé), staphylococcus parvulus (Veillon et Zuber).

Parmi les espèces non encore décrites, qu'a isolées Cottet, il en est une qui présente une importance et un intérêt particulier. Il s'agit de l'espèce, à laquelle dans une note récente à la Société de Biologie, il donne le nom de *diplococcus reniformis*. C'est un diplocoque en grain de café, un pseudogonocoque strictement anaérobie et se décolorant par la méthode de Gram. Dans ses recherches ultérieures, Cottet l'a

Digitized by Google

trouvé dans quatre abcès urineux, dans une pyonéphrose et dans une cystite.

Les faits, que nous venons d'analyser, n'ont pas simplement un intérêt bactériologique ; il s'en dégage des considérations pratiques, qui viennent naturellement à l'esprit du lecteur.

Tout d'abord, on voit que infiltration d'urine et les abcès urineux n'étant que l'aboutissement des lésions d'uréthrite ou de péri-uréthrite chronique, il sera possible d'éviter ces accidents par un traitement approprié, qui visera à la fois l'infection urinaire et les lésions uréthrales.

En second lieu, ces faits de laboratoire apportent une sanction bactériologique, aux faits cliniques, qui ont mis depuis longtemps en lumière la valeur antiseptique des substances oxydantes, telles que le permanganate de potasse et surtout l'eau oxygénée. Il est incontestable que l'eau oxygénée, sur laquelle des récentes discussions de la Société de chirurgie ont appelé à nouveau l'attention, représente le désinfectant en quelque sorte spécifique de ces suppurations.

Enfin, nous retiendrons, au point de vue du diagnostic bactériologique de la gonococcie la notion de l'existence du diplococcus reniformis, qui simule le gonocoque tant par son aspect morphologique que par ses réactions histo-chimiques. Comme le dit Cottet, « il y a là une cause d'erreur d'autant plus difficile à éviter que l'un et l'autre de ces microbes, gonocoque et diplococcus reniformis, exigent pour leurs cultures des milieux spéciaux ». M. Deguy.

Traitement des métrites

(Lettre rectificative adressée au directeur du *Journal des Praticiens.*)

Dans un article sur le traitement des métrites, un de vos jeunes collaborateurs, M. Henri Milhiet, interne des hôpitaux, a parlé des injections de chlorure de zinc avec une désinvolture si juvénile qu'elle me désarme.

Aussi, je ne profiterai pas, je n'abuserai pas du droit de réponse pour exposer à nouveau le mode de traitement que j'ai défendu. Mais, si je gardais un silence complet, vos lecteurs, qui sont très nombreux, pourraient croire qu'il n'y a plus rien à dire quand M. Milhiet a parlé.

Permettez-moi donc de rappeler que j'étais, il y a huit ans, un des partisans les plus ardents du curettage. Je l'ai vanté avec enthousiasme dans mon article sur les métrites de la première édition du Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. Je l'ai pratiqué un grand nombre de fois, certes plus souvent que M. Milhiet n'a fait des injections de chlorure de zinc.

Eh bien ! je suis aujourd'hui parfaitement sûr que les injections donnent des résultats supérieurs à ceux du curettage et qu'elles n'exposent à aucun des inconvénients ni des dangers de celui-ci. — Pierre Delbet, *chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté.*

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prophylaxie du paludisme. — M. Laveran, au nom d'une commission composée de MM. Vallin, Kelsch, Railliet et Blanchard, fait connaître les instructions formulées par cette commission pour combattre le paludisme.

Il résulte de recherches récentes que les moustiques jouent un grand rôle dans la propagation des fièvres palustres. Le microbe du paludisme se développe en subissant certaines transformations dans le corps des moustiques qui ont sucé le sang palustre ; au bout de 8 à 10 jours, les germes abondent dans la sécrétion salivaire des insectes, et quand les moustiques infectés piquent des individus sains, ils leur inoculent ces germes.

De là, dans la prophylaxie du paludisme, deux indications : il faut d'une part s'efforcer de détruire les moustiques qui vivent dans les endroits bas et humides où leurs larves qui se développent dans les eaux stagnantes, non poissonneuses, ou du moins se protéger contre leurs piqûres ; il faut d'autre part traiter longtemps les malades atteints de paludisme, de manière à éviter les rechutes de fièvre, cause d'infection pour les moustiques.

I. *Assainissement des localités palustres.* — Il importe d'abord de faire disparaître les eaux stagnantes, celles surtout qui sont à proximité des habitations, dans lesquelles se développent les moustiques.

On empêchera la formation des mares sur les bords des cours d'eau, des lacs, des étangs ; on desséchera et on mettra en culture les marais salants ou les marais simples.

Lorsque les eaux stagnantes ne peuvent être supprimées, il y a lieu de détruire les larves des moustiques, soit en entretenant des poissons dans ces pièces d'eau, soit en répandant à leur surface de l'huile de pétrole qui tue les larves en empêchant la respiration par l'oblitération de leurs tubes aériens. Il suffit d'employer 10 centimètres cubes d'un mélange de pétrole et de goudron par mètre carré de la pièce d'eau pour obtenir ce résultat. L'opération doit être faite au printemps et renouvelée tous les 15 jours, jusqu'à l'apparition des froids.

II. *Prophylaxie individuelle.* — Dans tous les cas où sévit le paludisme, il existe une saison salubre et une saison insalubre. Pour les voyages, pour les expéditions dans ces pays, on utilisera la saison salubre.

En pays palustre, les habitations doivent être établies aussi loin que possible des cours d'eau, sur des endroits élevés, non abrités du vent par des arbres qui offrent un abri aux moustiques.

Donc, éviter les parties basses et humides. On fera usage de moustiquaires pour se protéger pendant la nuit et les heures de la sieste contre les piqûres des moustiques.

En règle générale, dans les pays palustres et pendant la saison insalubre, il ne faut pas sortir avant le lever du soleil, ni après son coucher.

Digitized by Google

L'usage préventif du sulfate de quinine à la dose quotidienne de 0 gr. 20 est indiqué.

On ne se contentera pas de couper la fièvre à l'aide de quelques doses de quinine ; les malades seront traités pendant deux mois après les accès la disparition des accès de fièvre, de manière à éviter les rechutes et rapatriés dans les pays salubres, s'il est nécessaire.

L'hygiène générale doit être surveillée avec soin en pays palustre ; on ne devra faire d'excès d'aucune sorte.

Laparotomie pour rétroversion de l'utérus gravide. — M. Pinard résume deux observations du Dr Mouchet, de Sens, concernant deux cas de retroversion de l'utérus chez des femmes parvenues au milieu de la grossesse. Dans l'impossibilité d'obtenir la réduction par des manœuvres externes, M. Mouchet pratiqua la laparotomie et put remettre l'organe en place.

M. Pinard formule à cette occasion le traitement de la rétroversion de l'utérus gravide.

Au début, provoquer la libre évacuation de la vessie et du rectum. Le plus souvent la réduction se produira spontanément.

La rétroversion persistant, il faut pratiquer la réduction manuelle par le vagin avec ou sans anesthésie. Si l'on échoue. l'introduction d'un ballon gonflé, et laissé à demeure dans le rectum est la seule intervention instrumentale qui doive être tentée. La rétroversion se montrant irréductible, la seule intervention rationnelle et utile est la laparotomie, qui permettra de détruire les adhérences s'il y a lieu, et d'enlever les tumeurs, en tout cas de pratiquer la réduction directe.

De l'hematolysine humaine. — M. Metchnikoff désigne sous ce nom la propriété que possède le sérum de certains animaux, injecté à l'homme, de dissoudre ses globules rouges ou certains éléments cellulaires. Il résulte des travaux de cet auteur que le sérum hémolytique, injecté à l'homme en faibles doses, progressivement croissantes, est capable de stimuler l'hématopoièse d'une façon notable et prolongée (*29 mai*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La cirrhose biliaire hypersplénomégalique. — MM. A. Gilbert et L. Fournier. On peut actuellement isoler dans le groupe des cirrhoses biliaires une forme anatomo-clinique essentiellement caractérisée par un ictère chronique et une hypertrophie splénique considérable, le foie n'étant lui-même que peu ou même très peu développé. Il s'agit là d'une *cirrhose biliaire hypersplénomégalique*, dont nous avons, dès l'année 1895, entrepris l'étude, et sur laquelle nous sommes revenus depuis à plusieurs reprises.

Antérieurement à nos premières recherches, plusieurs auteurs avaient publié des faits qui peuvent être rapprochés de ceux que nous avons en vue. Hanot, qui le premier apporta de la lumière dans le groupe confus des cirrhoses hypertrophiques, ne vise nullement cette forme particulière à apparences splénomégaliques ; il suffit, pour s'en convaincre, de lire les tableaux symptomatiques qu'il donne dans sa thèse et dans sa monographie de 1892, et dans lesquels il n'est pas fait mention de la rate ; Hanot n'établit, en outre, le diagnostic de sa cirrhose avec aucune affection splénique proprement dite telle que la maladie de Banti. C'est que, si dans la cirrhose biliaire hypersplénomégalique, l'hypertrophie de la rate et l'ictère représentent les deux principales manifestations cliniques, dans la maladie de Hanot c'est à l'hypertrophie hépatique et à l'ictère que reviennent les premières places dans la hiérarchie des symptômes.

Divers observateurs ont, dans ces derniers temps, abordé à des points de vue nouveaux l'étude des cirrhoses biliaires hypertrophiquas. Tels sont Popoff, Kirikow, Boix, Boinet, Chauffard, qui attribuent aux lésions spléniques et ganglionnaires la prédominance et l'antériorité sur les lésions du foie. En ce qui concerne M. Popoff, il faut remarquer qu'il n'a jamais eu l'idée de séparer comme nous l'avons fait, un type anatomo-clinique spécial dans le groupe des cirrhoses biliaires.

La cirrhose biliaire hypersplénomégalique nous semble à peu près aussi fréquente que la maladie de Hanot. Le jeune âge, l'enfance et l'adolescence sont des conditions favorables à son développement, mais elle peut se rencontrer à un âge plus avancé. L'influence prédisposante au sexe masculin, est peu marquée. On ne trouve de rapports étiologiques ni avec les grandes infections aiguës ou chroniques (tuberculose, syphilis, paludisme) ni avec les intoxications les plus communes (alcoolisme). Des troubles digestifs intenses et prolongés semblent avoir été dans plusieurs observations les seules causes occasionnelles de la maladie.

Le début est ordinairement très obscur. La maladie s'annonce de trois façons différentes :

1° *Début gastro-intestinal* : anorexie, vomissement, diarrhée, précédant, de plus ou moins longtemps, les signes hépato-biliaires ;

2° *Début hépato-biliaire* : ictère d'abord léger, puis s'accentuant progressivement, sensations douloureuses dans l'hypochondre droit, hypertrophie hépatique bientôt appréciable. Quelquefois, début par une véritable poussée d'angiocholite aiguë avec accès fébriles plus ou moins intenses.

3° *Début splénique* : sensations douloureuses dans la région splénique et hypertrophie de la rate semblant précéder les phénomènes hépatiques. Il faut comprendre ici non que la cirrhose hépatique procède d'une splénopathie, mais simplement que les premiers symptômes apparents ont eu pour siège la rate et la région splénique.

Quel qu'ait été son mode de début, l'affection arrive lentement à sa période d'état.

Elle est alors essentiellement caractérisée par un ictère persistant et une énorme tuméfaction de la rate.

Digitized by Google

L'inspection révèle immédiatement une déformation considérable de la partie supérieure de l'abdomen portant principalement sur le côté gauche (ventre splénique). La palpation et la percussion permettent de délimiter une énorme masse, dure, lisse, qui remonte jusque dans la région axillaire, descend jusque dans la fosse iliaque, et s'avance jusqu'à la ligne médiane ou au delà dans la région ombilicale.

Ces rates monstrueuses sont parfois indolores, ou ne provoquent qu'une sensation de pesanteur et de gêne; dans quelques cas il existe des douleurs sourdes, continues, ou violentes, survenant par poussées (crises spléniques).

Le foie est relativement peu hypertrophié ; il ne dépasse les fausses côtes droites que de deux ou trois travers de doigt en moyenne ; il paraît lisse, uni, ferme ; tantôt il est indolent même à la pression tantôt il est le siège de douleurs plus ou moins vives, survenant quelquefois par crises (crises hépatalgiques), comtemporaines des crises spénalgiques.

La disproportion considérable entre le volume du foie et celui de la rate donne à l'affection un aspect particulier.

Les troubles fonctionnels du foie sont constitués dans les premières phases de la maladie par une exagération (hyperhépatie) et en même temps par une viciation (parhépatie) du chimisme hépatique. A une époque tardive apparaissent les phénomènes d'insuffisance (anhépatie).

L'ictère, qui est constant, quelquefois variable, dénote l'hyperhépatie biligénique ; les selles sont d'ordinaire normalement colorées. Il présente les caractères des ictères généralisés par des pigments normaux et tous les phénomènes qui en découlent. La présence dans quelques cas d'urobiline, de pigments anormaux dans l'urine, dénote la parhépatie.

La glycogénie, l'uréogénie sont assez variables ; elles peuvent se montrer exagérées.

Les urines sont normales comme volume, sauf au moment des poussées aiguës, où elles s'abaissent notablement; dans quelques cas il y a de la polyurie ; à côté des pigments biliaires normaux ou anormaux, on ne trouve ordinairement ni sucre ni albumine.

On observe, en outre, du côté des divers organes et appareils, toute une série de troubles d'ordre secondaire, analogues pour une grande part à ceux que produisent tous les ictères chroniques.

L'absence d'ascite et de circulation collatérale constituent deux symptômes négatifs d'importance considérable.

La température reste ordinairement normale. L'état général des malades est relativement très satisfaisant pendant de longues périodes, l'appétit et les forces conservées, il y a parfois de la boulimie.

Les troubles ostéo arthropathiques sont très fréquents : doigts hippocratiques, tuméfaction des extrémités osseuses constituant les articulations des doigts, du poignet, du genou, tibio-tarsienne Enfin, on note un retentissement souvent considérable sur le développement général des malades lorsque l'affection les a atteints assez jeunes ; la puberté avorte, ils restent grêles, chétifs, infantiles

Par son évolution, la cirrhose biliaire hypersplénomégalique se rapproche de la cirrhose de Hanot. Son cours est marqué par des crises aiguës fébriles survenant à des intervalles plus ou moins éloignés avec accentuation de l'ictère et décoloration des selles, augmentation de volume du foie et de la rate, douleurs plus ou moins intenses dans la région hépatique ou dans les deux hypochondres, troubles digestifs, altération de l'état général.

Les poussées aiguës manquent presque complètement daus quelques cas.

La durée s'évalue par années; elle est d'ailleurs assez variable ; quelques malades succombent en huit ou dix ans ; chez d'autres, l'affection persiste plus de vingt ans.

Certaines auto infections sont particulièrement fréquentes, l'érysipèle de la face par exemple, et, à un moindre degré, la pneumonie; elle suivent d'ordinaire une évolution normale. Certains faits (Gilbert et Lereboullet) permettent de se demander si une action relativement favorable, sur l'état de la rate en particulier.

La dernière phase de la maladie est une phase anhépatique marquée par un affaiblissement progressif, l'apparition ou l'accentuation de troubles intestinaux, l'apparition d'œdèmes, d'ascite, d'hémorragies, la diminution du taux de l'urine, etc., amènant plus ou moins rapidement la mort du malade.

Les autopsies du cirrhose biliaire hypersplénomégalique ont montré que la rate acquiert un poids à peu près égal ou supérieur à celui du foie, tandis qu'elle n'atteint qu'un quart de celui-ci environ dans la maladie de Hanot.

Les autres caractères macroscopiques et les lésions histologiques du foie et de la rate ne présentent ici rien de spécial.

Il en est de même pour les autres organes. L'adénomégalie, qui frappe surtout les ganglions dont sont tributaires les lymphatiques du foie, semble plus commune et plus marquée que dans la maladie de Hanot.

Au point de vue pathogénique la cirrhose biliaire hypersplénomégalique paraît-être, comme les autres modalités de la cirrhose biliaire, le résultat d'une infection ascendante des voies biliaires par des germes venus de l'intestin.

En résumé, il convient de placer dans le groupe des cirrhoses biliaires, à côté du type décrit par Hanot, une modalité caractérisée essentiellement par un ictère chronique, une hypersplénomégalie, une faible hypertrophie du foie. Il ne s'agit point ici d'une splénopathie primitive mais d'une hépato-splénopathie, consécutive sans doute à une infection ascendante des voies biliaires. Elle diffère des cirrhoses hépatiques d'origine splénique, de la maladie de Banti, par l'absence dans son évolution d'une première phase purement splénique, par l'importance des phéno-

Digitized by Google

mènes hépato-biliaires, par la systématisation des lésions — cirrhose biliaire ici, là cirrhose veineuse. Elle s'éloigne du type de Hanot essentiellement par la prédominance d'une splénomégalie considérable et la faiblesse de l'hypertrophie hépatique, par l'aspect splénopathique qu'elle revêt.

Mais elle se rapproche de la cirrhose de Hanot par l'analogie et la systématisation des lésions et par le mécanisme même de leur production. Les différences entre ces deux types très voisins sont principalement, nous semble-t-il, affaire de terrain.

Emploi de la levure de bière dans quelques maladies infectieuses, notamment dans la fièvre typhoïde. — M. Faisans. J'ai prescrit la levure de bière à la dose de 3 à 4 cuillerées à café par jour dans 4 cas de pneumonie, qui ont tous guéri. Mais, comme l'a fait remarquer M. Marie, cela ne prouve pas grand'chose, quand il s'agit d'une maladie dont la mortalité atteint à peine 10 p. 100.

J'ai administré la même substance dans plusieurs cas de grippe à forme gastro-intestinale, et j'ai été frappé de la facilité avec laquelle s'amendaient l'état saburral de la langue, l'inappétence, la diarrhée ; il m'a semblé que la médication n'était pas étrangère à cette désinfection rapide des voies digestives.

Enfin, j'ai traité par la levure de bière une dizaine de cas de fièvre typhoïde. Chez tous ces malades, la langue redevenait relativement humide et propre, la diarrhée diminuait ou disparaissait, et chez plusieurs d'entre eux, il n'y avait d'autres garde-robes que celle provoquée par un lavement quotidien. Je me suis assuré à plusieurs reprises que ces résultats étaient bien dus à la levure ; car, si l'on en suspendait l'usage pendant deux ou trois jours, les troubles digestifs redevenaient plus importants. Cette substance constitue donc un précieux agent de desinfection gastro-intestinale, ce qui n'est pas à dédaigner dans la fièvre typhoïde.

Progrès de l'épidémie de méningite cérébro-spinale en France ; importance du signe de Kernig. — M. Netter lit d'abord une observation de M. Billet, de Constantine, de méningite cérébro-spinale, remarquable par sa longue évolution, 60 jours, et par l'émaciation extrême du sujet dont le poids était tombé à 29 kilogrammes au moment de la mort. L'affection simula d'abord une fièvre typhoïde et le diagnostic ne fut fait que par la raideur de la nuque et l'apparition du signe de Kernig.

M. Kernig fait remarquer la fréquence de ce signe dans les méningites primitives ou secondaires, où il est à peu près constant. Dans la méningite tuberculeuse, il peut manquer dans un quart des cas.

En terminant, M. Netter fait remarquer que l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui existe à Paris et dans sa banlieue depuis deux ans, a envahi plusieurs villes de France. Il en existe des foyers à Lille, à Dreux, à Poitiers, à Angers et à Marseille.

Orchite typhoïdique. — M. Launois rapporte un cas d'orchite, survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde et terminée par suppuration du testicule. Le pus de l'abcès contenait de nombreux bacilles d'Eberth. — (*25 mai*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Traitement de la tuberculose du rein. — M. Tuffier. (Voir cette communication p. 370).

Kyste du ligament large et fibrome utérin. — M. Monod rend compte d'une observation de M. Girou, d'Aurillac ; il s'agit d'une femme de 27 ans chez laquelle M. Girou avait diagnostiqué un corps fibreux de l'utérus, sous-péritonéal, pédiculé. Ce chirurgien, après laparotomie, constata qu'il existait en outre un gros kyste inclus dans le ligament large droit. Il fit l'ablation du fibrome après ligature du pédicule à la soie, ponctionna le kyste et l'enleva ensuite par décollement ; ligature du pédicule qui contenait la trompe et le ligament rond, puis section et fermeture du ventre ; guérison en 17 jours.

Sur l'asepsie opératoire. — M. Rochard. La désinfection des mains du chirurgien, quoique bien nécessaire en théorie, est irréalisable dans la pratique. De nombreuses expériences bactériologiques ont démontré que les lavages répétés aux diverses solutions antiseptiques étaient impuissants à les stériliser. C'est pour obvier à ce manque de stérilisation que les chirurgiens ont adopté les gants de caoutchouc pendant les opérations septiques. L'usage de ces gants, qui émoussent les sensations tactiles, est forcément limité à certaines opérations et ne peut être employé dans les interventions abdominales où les explorations digitales jouent un si grand rôle.

La peau du malade n'est pas d'une stérilisation plus facile ; après avoir fait tout le nécessaire pour en réaliser une asepsie aussi complète que possible, il faut compter sur la résistance du patient contre les intoxications par phagocytose. (*23 mai*).

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine de Bouchard, Brissaud, 2e édition, 4e volume, chez Masson, éditeur.

Le quatrième volume de cet important traité vient de paraître, et traite des questions suivantes : Maladies de la bouche et du pharynx, par A. Ruault. — Maladies de l'estomac, par A. Mathieu. — Maladies du pancréas, par A. Mathieu. — Maladies de l'intestin, par Courtois-Suffit. — Maladies du péritoine, par Courtois-Suffit.

Ce quatrième volume ne le cède en rien comme intérêt à ceux qui l'ont précédé, et il convient de féliciter tout à la fois auteurs et éditeurs.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Bichat, — M. H. Barbier.

Des Respirations anomales au début de la tuberculose pulmonaire

Depuis 4 ans, j'ai pu observer et suivre pendant des mois et même des années des malades tuberculeux qui sont venus réclamer nos soins, tout à fait au début de leur maladie, et qui instruits de leur état et en comprenant la gravité se sont soumis au régime que nous leur avons prescrit. Vous avez pu voir, en particulier, un jeune homme de 23 ans, que nous soignons depuis le mois de mars de l'année 1899, à la consultation de l'hôpital Bichat et qui se présente maintenant à vous avec les attributs extérieurs d'une santé en apparence parfaite.

Cependant, c'est un tuberculeux. Aujourd'hui, vous avez pu constater comme moi, les signes de germination et même de conglomération légère qui existent au sommet droit, en particulier. Mais c'est un tuberculeux qui a été reconnu tel dès le début, et chez lequel le traitement a été institué et suivi — comme notre malade pouvait le faire — dès les premières manifestations de son mal.

Ceci, messieurs, est capital, et c'est sur le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, ou du moins, sur certains éléments de ce diagnostic précoce, que je voudrais aujourd'hui attirer votre attention.

La tuberculose pulmonaire est curable ; elle est, comme l'a dit si justement M. Grancher, « la plus curable des maladies chroniques ». Mais encore, faut-il ajouter dans quelles conditions elle est curable et fixer les règles scientifiques de cette curabilité.

Je n'ai pas l'intention d'étudier l'ensemble des influences morales, physiques, matérielles, de terrain de milieu, d'intelligence, etc., qui peuvent agir sur la guérison de la tuberculose pulmonaire, ou au contraire en précipiter la marche. Elles sont nombreuses cependant, importantes à connaître, et à déterminer par le médecin qui, dans chaque cas particulier, est amené à fixer, ce que l'on pourrait appeler le bilan des probabilités de guérison du malade.

Ce sur quoi je veux insister aujourd'hui, c'est sur la nécessité de faire un diagnostic précoce, et de ne pas méconnaître *à la période de germination* une tuberculose qui se cache sous le masque d'une anémie, d'une dyspepsie, d'une neurasthénie, etc., comme vous en voyez, ici même, tous les jours des exemples.

Quels sont les éléments de ce diagnostic?

En réalité, ils reposent sur la connaissance et la recherche de tous les signes qui accompagnent le développement de la tuberculose dans les poumons.

1° Signes d'intoxication tuberculeuse : anémie, amaigrissement, perte de forces, etc.

2° Signes fonctionnels : oppression, toux, etc. ;

3° Signes d'auscultation, dus au développement lent et progressif dans le poumon de granulations tuberculeuses.

Il n'y a pas de diagnostic précis et certain sans la recherche et la comparaison entre eux de tous ces signes. Mais leur étude complète nous entraînerait trop loin, et mon intention aujourd'hui est de vous parler seulement des signes stethoscopiques qui accompagnent le début de la tuberculose pulmonaire et qui caractérisent ce que M. Grancher a appelé le stade de germination.

Ces signes stethoscopiques consistent dans des modifications qu'apportent au murmure vésiculaire normal le développement, si discret soit-il, des granulations tuberculeuses et la congestion pérituberculeuse qui les accompagne. Il ne faut donc pas vous attendre à percevoir de gros signes, tels que le souffle, la respiration soufflante, les râles secs ou humides qui, eux, caractérisent la période de conglomération ouverte ou fermée, et sont déjà des indices d'une lésion grave et profonde du poumon. Les signes stethoscopiques, à ce moment, au début, sont beaucoup plus délicats et d'une analyse plus subtile; ils demandent, pour être perçus et appréciés, une auscultation attentive et méthodique : ce sont des modifications pures et simples du murmure vésiculaire normal, caractérisant ce que M. Grancher a appelé les *respirations anomales*.

Je ne m'arrêterai pas non plus à discuter avec vous les objections qui ont été faites à la valeur absolue de ces respirations anomales. Comme je vous l'ai dit déjà, le diagnostic de la tuberculose au début ne repose pas sur un seul signe, mais sur l'ensemble rationnel dûment constaté de tous les symptômes que nous avons sommairement énumérés plus haut. Si vous vous conformez à cette règle, vous accorderez à ces respirations anomales la place qu'elles ont et qu'elles doivent avoir dans l'appréciation d'un état pathologique que vous analysez, et vous en vérifierez la certitude comme j'ai pu le faire ici tant de fois, et comme je vous l'ai montré chez des malades que nous avons observés pendant de longs mois et même des années, et chez qui nous avons pu suivre pour ainsi dire pas à pas la marche des lésions, n'offrant hier que des respirations anomales dans des points où aujourd'hui nous trouvons tous les signes indiscutables de la tuberculose confirmée.

Mais, pour bien apprécier la valeur des respirations anomales, il faut de toute nécessité que votre oreille soit familiarisée avec les moindres nuances de la respiration normale et qu'elle en apprécie tous les caractères.

Digitized by Google

A l'état normal, la respiration d'un poumon sain se traduit à l'oreille qui ausculte par un bruit, dont nous allons étudier les caractères, et que nous connaissons sous le nom de *murmure vésiculaire*. Il prend naissance au niveau des parties rétrécies que représentent les bronchioles terminales, et entre autres influences que nous allons étudier, il est dominé par la vitesse du courant d'air qui lui donne naissance et le rend plus ou moins perceptible à l'oreille. Ceci vous explique, en partie, pourquoi, à l'état normal, *il est perceptible seulement à l'inspiration*, qui plus courte dans le temps comme 1 est à 2 que l'*expiration*, ainsi que le montrent les tracés sphygmographiques, accélère dans la même proportion la vitesse du courant d'air qui passe à travers les bronchioles. Cependant, vous trouverez écrit dans vos livres, comme un paradoxe respiratoire, que l'inspiration plus courte, en réalité, que l'expiration est cependant plus longue à l'oreille que l'expiration. Messieurs, il ne faut pas ici confondre les faits tels qu'ils existent, avec les sensations au travers desquelles vous les percevez. Si l'inspiration vous paraît plus longue à l'oreille que l'expiration, c'est que vous êtes victime d'un phénomène sensoriel physiologique bien connu qui est *la persistance de la sensation au-delà du temps du phénomène perçu*. Je n'insiste pas sur ce point dont les sensations visuelles nous offrent de nombreux exemples. Pour l'oreille qui ausculte, je puis vous dire par avance que vous retrouverez le schéme physiologique toutes les fois que la sensation auditive de l'expiration sera perçue au même titre que celle de l'inspiration.

Le bruit respiratoire, formé au niveau des bronchioles terminales, n'est pas seulement influencé par la vitesse du courant d'air qui les traverse. Vous comprendrez facilement que l'étroitesse plus ou moins grande de leur conduit, que l'épaisseur de leurs parois pourront le modifier, en transformer pour l'oreille le timbre et la force. Ce sont là des conditions pathologiques que l'on trouve dans la tuberculose au début, lorsque le nodule péribronchique se développe au niveau du point où les bronchioles s'abouchent dans les alvéoles, amenant un épaississement plus ou moins étendu des canaux bronchiques et un rétrécissement de leur cavité.

Mais ce n'est là qu'un côté de la question. Ce qui donne au murmure vésiculaire normal son timbre particulier, c'est l'épanouissement de la colonne d'air dans la cavité lobulaire. Celle-ci joue donc, vis-à-vis de son produit, le rôle d'une caisse de résonnance, et le son sera influencé par l'élasticité plus ou moins parfaite, par la tension, par l'épaisseur des parois d'une part, et de l'autre par les dimensions de la cavité elle-même. Ces influences se font surtout sentir quand le mouvement respiratoire est assez intense pour rendre le bruit produit perceptible à l'oreille. C'est le cas de *l'inspiration*, comme vous le savez ; celle-ci se trouve encore au point de vue acoustique dominée par ce fait, que l'onde sonore se propage dans le sens du courant d'air, c'est-à-dire vers la paroi thoracique, vers l'oreille.

Vous ne serez donc pas surpris d'apprendre que les moindres altérations lobulaires, retentissent d'abord et uniquement sur l'inspiration, et que les modifications de l'inspiration, et de l'inspiration seule, soient parmi les premières qu'on constate dès le début de la tuberculose pulmonaire. Je vous rappelle ici en effet sans plus de détails, l'importance des lésions lobulaires, inflammatoires ou congestives dès le début de la maladie.

Le bruit expiratoire au contraire se modifie plus tardivement, et à une époque où les lésions sont déjà plus accusées et plus étendues.

Mais pour bien apprécier les anomalies de l'inspiration ou de l'expiration, anomalies que dans la pratique vous devez étudier méthodiquement et séparer pour l'inspiration et pour l'expiration, il faut bien avoir dans l'oreille les qualités et les caractères du *murmure vésiculaire normal*. Il faut avoir ausculté avec soin et méthode les poumons chez les sujets sains, et avoir apprécié chacun des caractères du murmure vésiculaire normal, tels qu'ils ont été étudiés et décrits (1).

Ces caractères sont les suivants :

1° Le murmure vésiculaire normal n'est perceptible nettement qu'à l'inspiration, celle-ci pour les raisons acoustiques énumérées plus haut paraissant plus longue que l'expiration. En réalité, on pourait schématiquement représenter les deux phénomènes physiologiques et auditifs de la façon suivante :

Inspirat.	Expiration	Repos relatif expir.	...Tracé physiologique
I	II	III	
Sensation auditif insp.	Persistance de la sensat.	Silence	...Tracé auditif.

Cette persistance (II) de la sensation auditive de l'inspiration, pouvant être masquée par une expiration forte ou soufflante (expiration devenue perceptible) ;

2° Le murmure vésiculaire s'entend partout avec ses mêmes caractères décrits plus bas, à condition qu'on ausculte des points symétriques.

(1) Voyez : Traité des maladies de l'appareil respiratoire. Grancher.

Digitized by Google

Le murmure vésiculaire étudié ainsi présente :

3° Des caractères décrits par M. Grancher d'une façon si précise et qui sont : la *force*, le *timbre*, le *rythme*, la *tonalité*. Tous caractères dépendant de la vitesse du courant d'air, de l'étroitesse des tuyaux bronchiques, des conditions de résonnance et de transmission des appareils résonnateurs — parois alvéolaires en particulier — et jusqu'à un certain point de la manière dont le malade respire, manière que vous pouvez et devez discipliner pour vous mettre toujours dans les mêmes conditions d'observation.

Alors, le murmure vésiculaire vous apparaît léger (force) ; mœlleux, pur, doux (timbre); *continu* (rythme) sans à coups; enfin, ayant une certaine hauteur de son comparable à une note de musique (tonalité) et qu'il faut toujours avoir dans l'oreille.

D'une façon générale, si la *force* du murmure vésiculaire semble dépendre surtout de l'intensité de la ventilation pulmonaire et de l'expansion du parenchyme, le timbre, lui, semble surtout en relation avec l'intégrité ou non de l'appareil résonnateur formé par le lobule; c'est ce qui ressort de ce que je vous ai dit plus haut; et c'est pourquoi par exemple la *respiration puérile*, dans un poumon sain, reste moelleuse et douce, malgré l'intensité de la ventilation pulmonaire.

La tuberculose, au contraire, modifie l'ensemble des conditions physiques qui créent le bruit respiratoire, elle amène la production de ces respirations anomales, dont la valeur n'est plus à démontrer dans le diagnostic de la tuberculose, qu'il s'agisse d'une tuberculose à début torpide lent ou de ces formes infectieuses, dyspnéiques, fébriles, qui se confondent si facilement au début avec des typhoïdettes, des dothiénentéries, des infections indéterminées.

Elle modifie le murmure vésiculaire normal dans tous ses caractères : dans sa force, dans son timbre, dans son rythme, dans sa tonalité.

Dans sa *force*. Ici deux éventualités sont possibles. L'inspiration peut s'atténuer ou disparaître, et cela dans une étendue variable : *R — ou o*. D'après certains auteurs, ce schéma aurait même une valeur diagnostique plus précoce que l'inspiration rude et grave. Nous avons eu l'occasion de l'observer bien souvent; et même nous avons pu, à quelques semaines de distance, constater l'existence de signes plus nets de conglomération tuberbuleuse là où nous n'avions constaté qu'une R. faible ou nulle. Cette anomalie peut occuper une portion plus ou moins étendue du poumon, ou au contraire se localiser au sommet, ou à une portion du sommet, de préférence la partie externe de la fosse sus épineuse.

La R. faible ou nulle pose la question d'une lésion pulmonaire ou pleurale, sans en préjuger, bien entendu, la nature. C'est au clinicien qu'il appartient d'y associer les symptômes qu'il aura à rechercher, pour conclure dans un sens ou dans l'autre. Je ne retiens ici que ce qui me préoccupe : sa fréquence au début de la tuberculose pulmonaire.

Anomalies dans le timbre. — L'I. perd ses caractères de moelleux, de doux à l'oreille; elle devient rude et ne doit pas être confondue avec la respiration soufflante, plus tard, l'expiration, à son tour, prendra ce caractère ; ici l'anomalie respiratoire est double puisque : 1° on perçoit l'expiration, et 2° elle a pris les caractères d'une respiration rude.

Il n'est pas rare de constater la coexistence de la rudesse et de la faiblesse respiratoire.

Anomalie dans la tonalité, — A l'état normal, l'inspiration produit un son plus aigu ou plus haut que l'expiration quand celle-ci est perceptible.

L'anomalie consiste dans l'abaissement du son inspiratoire qui se rapproche ou atteint le son expiratoire, devenu perceptible. La respiration est alors monotone et donne la sensation d'un son unique, grave, continu. Il n'est pas rare alors d'observer en même temps une expiration prolongée et saccadée, en même temps que la respiration dans son ensemble est faible ou très faible. Il devient difficile dans ces cas de distinguer l'inspiration de l'expiration, on n'entend plus qu'un bruit inspiratoire, faible, grave, continu, c'est ce que j'ai cru devoir désigner du nom compréhensif, de *respiration confuse*.

La dernière anomalie respiratoire que j'ai à vous signaler porte sur le *rythme*, c'est la respiration saccadée. Bien des causes peuvent la produire, elle peut être d'origine pleurale, d'origine pulmonaire bronchique, d'origine cardiaque, et, à ce titre, elle a peut-être moins d'importance que les autres anomalies que nous venons d'étudier.

Messieurs, je tiens à vous le répéter, ces différentes anomalies qui, d'ailleurs, se rencontrent combinées entre elles, n'ont pas en faveur de la tuberculose commençante et de la tuberculose seule une valeur absolue. D'autres affections du poumon peuvent leur donner naissance. Elles acquièrent cependant une importance de premier ordre si elles sont fixes, permanentes, localisées au sommet du poumon, et surtout si le malade chez qui vous les constatez présente les signes généraux ou fonctionnels de la tuberculose commençante. C'est à vous, dans chaque cas particulier, qu'il appartient de bien les rechercher pour les coordonner et les analyser. Car, je vous le répète, bien souvent, il n'y a pas de devination, pas plus que de signes pathognomoniques en médecine, il y a des ensembles symptomatiques, logiques, scientifiquement établis qui conduisent seuls au véritable diagnostic.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De l'emploi des vomitifs comme désobstruants des voies aériennes

par M. le Dr Liégeois

Correspondant national de l'Académie de Médecine

Les secousses imprimées à l'appareil aérien par les contractions brutales du diaphragme pendant les efforts du vomissement expulsent les mucosités qui l'encombrent; elles effectuent le curage de cet appareil, son antisepsie mécanique, en évacuant, avec les produits catarrhaux, les colonies microbiennes et les toxines qui obstruent le larynx, la trachée, les bronches. Voilà la théorie, passons aux faits.

1° *La laryngite catarrhale aiguë* de l'adulte n'a pas besoin de vomitifs; et, contrairement à Bouchut qui les employait de bonne heure dans cette affection chez l'enfant où il préférait le tartre stibié (25 à 50 mmgr.) à la poudre d'ipéca (40 à 50 centigr.), J. Simon s'en servait moins dans le but de déconges-tionner les cordes vocales et d'en détacher les mucosités que de dégager l'état saburral qui complique la laryngite; et encore n'avait-il pas recours à l'ipéca dès la première journée, mais quelques jours après le début de l'enrouement.

Dauchez, Touchard proclament l'insuffisance des vomitifs dans les *laryngites pseudo-croupales suffocantes* des enfants par boursouflement de la muqueuse sous glottique. On dit cependant qu'ils ont été efficaces dans certains cas de *laryngite œdémateuse*.

2° La première chose à faire dans l'accès de *laryngite striduleuse* chez l'enfant est d'administrer un vomitif. Si l'on n'en a point sous la main, on titillera la luette avec le doigt ou avec les barbes d'une plume. Le vomissement débarrassera le larynx des concrétions muqueuses qui provoquent son spasme en mettant en jeu son excitabilité réflexe. Grisolle recommandait l'émétique. Blache, H. Roger, Bouchut, J. Simon s'adressaient exclusivement à l'ipéca, poudre ou sirop. On a rarement prescrit la solution de sulfate de cuivre ou injecté l'apomorphine. Plusieurs auteurs ont interprété les heureux effets de l'ipéca par son action vomitive, d'une part, d'autre part,—à tort ou à raison — par son action hyposthénisante; grâce à celle-ci, il atténuerait l'excitabilité spasmodique du larynx.

3° De nos jours, on ne fait plus de la médication vomitive — à l'instar de Cullen et de Laënnec — la base du traitement de la *coqueluche*; rares sont les médecins qui, dans cette laryngite spécifique, y reviennent tous les jours ou tous les deux jours pendant un, deux, trois et même quatre septenaires avant d'instituer le traitement antispasmodique proprement dit.

N. Gueneau de Mussy, Cadet de Gassicourt, J. Simon, d'Heilly ont suivi la pratique de Guersant, de Bouchut et de Blache, bien différente de la précédente : toutes les fois que l'élément catarrhal s'exagère, que des râles laryngés, trachéaux ou bronchiques obstruent les tubes aérifères et favorisent le retour des quintes ou en exagèrent la durée, ils font vomir. L'indication du vomitif ne se présente guère que tous les cinq, six ou huit jours. Cette indication n'existe pas qu'au commencement de la coqueluche, elle existe pendant tout le cours de son évolution, pendant la période d'état comme au début. Je ne saurais trop le répéter : opportunément prescrite, la médication vomitive est, dans la coqueluche, un simple auxiliaire de la médication antispasmodique.

Cullen, Laënnec trouvaient l'émétique moins infidèle que l'ipéca; ce dernier n'en est pas moins le vomitif choisi par la majorité. On n'ose guère administrer l'émétique à un enfant âgé de moins de 6 à 8 ans. La solution de sulfate de cuivre, préconisée par Trousseau, est abandonnée dans la coqueluche. Chez les enfants très jeunes, Somma se contente de chatouiller la luette.

Il faut user du vomitif après le paroxysme. J. Simon le disait contre-indiqué par l'état fébrile : N. Gueneau de Mussy prétend qu'il a vu la fièvre céder à une dose d'ipéca.

4° Le médecin de campagne, en attendant l'arrivée du sérum antidiphtérique qu'il n'a pas sous la main, suivra dans le *croup* (j'entends dans le croup au début) les préceptes de nos aînés : il luttera contre les accès de suffocation par la révulsion locale et par un vomitif. Sans doute, l'on réussira bien rarement par ces moyens anodins à détacher des membranes très adhérentes, mais enfin, il est d'observation qu'on expulse sinon des plaques, du moins des mucosités qui entretiennent la suffocation, qu'on modère ainsi un peu l'excitabilité réflexe de la glotte : on gagne du temps; le sérum fait le reste.

Si le croup n'est pas à son début, si le malade est sous le coup de l'infection diphtérique, abattu, dans l'adynamie, nous injectons le sérum et laissons de côté le vomitif. Trousseau, Grisolle, J. Simon nous ont prévenus que quand la prostration en est arrivée, dans le croup, à ce degré, les vomitifs ne font plus vomir : Grisolle a fait ingérer, dans ces conditions, 10 à 25 centigrammes d'émétique, 50 centigrammes à 1 gramme de poudre d'ipéca à des enfants à la mamelle, il leur a titillé la luette sans obtenir de vomissements. Le plus clair résultat d'une pareille pratique serait d'affaisser davantage le patient, de lui enlever les forces qui lui restent pour lutter contre la maladie.

Digitized by Google

C'est précisément aussi parce qu'ils redoutent de jeter le diphtérique dans l'abattement profond vers lequel son infection ne le pousse que trop, parce qu'ils redoutent de déterminer et des vomissements rebelles, de la diarrhée cholériforme et du collapsus, que les médecins — malgré l'autorité de Laënnec, de Valleix, de Grisolle, de Bouchut — ont été unanimes à remplacer l'émétique par l'ipéca, — par l'ipéca à doses légères répétées avec modération.

Vers 1846, les médecins allemands et anglo américains prônèrent la supériorité, comme vomitif dans le croup, du sulfate de cuivre sur l'émétique et sur l'ipéca. Trousseau, en France, adopta cette méthode. On attribua bientôt au sulfate de cuivre des propriétés sédativo-réflexes sur la muqueuse du larynx, et, en 1858, un praticien du Puy-de-Dôme, Missoux (de Fournols), alla jusqu'à prétendre que le sulfate de cuivre, *per os*, empêche les plaques croupales de se reproduire. Il faut en rabattre, on en a rabattu de de ces prétentions, mais reconnaître avec Hayem que le sulfate de cuivre a une action vomitive certaine, qu'il est moins nauséeux que les autres émétiques, et moins susceptible d'engendrer le collapsus.

Samuel Visanska a vu l'asphyxie survenir après l'injection du sérum antidiphtérique « par suite de ramollissement et de gonflement des fausses membranes. Contre cet accident « qui oblige parfois d'avoir recours à la trachéotomie », il préconise l'injection vomitive sous-cutanée de chlorhydrate d'apomorphine; Arnstein a conjuré la suffocation avec une injection à 5 milligrammes.

4° Après Laënnec, après Bouillaud et Andry, un médecin de Marseille, Girard, préconisa en 1843 les vomitifs coup sur coup dans la *bronchite aiguë simple, vulgaire, fébrile, des grosses et des moyennes bronches* chez les adultes comme chez les enfants. Grisolle suivit ces errements, cherchant à combattre par le vomitif l'élément saburral, cherchant à aider mécaniquement à l'expectoration, et aussi, comme Laënnec, à pousser à la transpiration. A l'heure actuelle, cette méthode est absolument tombée en désuétude dans la bronchite vulgaire de l'adulte que l'on fait expectorer non plus de cette façon mécanique, mais par des médicaments incisifs. Chez l'enfant, c'est autre chose; même quand on lui administre ces incisifs, il expectore dificilement; par conséquent, rien de plus naturel que de remplacer par les secousses du vomissemement les efforts d'expulsion dont les bronches sont incapables.

Laënnec, qui prétendait que les enfants « supportent d'ordinaire mieux le vomitif que les adultes », le répétait tous les jours ou tous les deux jours, employant à peu près indifféremment l'émétique ou l'ipéca. J. Simon, prétextant que leur prescription est inopportune dans la première période de la bronchite simple, alors que les produits intra-bronchiques n'ont subi aucun ramollissement, stipule comme condition de leur mise en œuvre le bruit trachéal, entendu à distance, des liquides contenus dans le tube aérien. L'émétique est abandonné de tous au profit de l'ipéca : sirop pour les enfants (jusqu'à un an, une ou deux cuillerées à café); — poudre, 0 gr. 30 à 0 gr. 50 par année d'âge, en doses de 0 gr. 10 à dix minutes d'intervalle dans de l'eau sucrée ou de l'infusion concentrée de polygala; — ou, à la fois, sirop et poudre. H. Gillet conseille après le vomissement un tonique cardiaque, café ou thé. J. Simon recommandait de surveiller l'action purgative de l'ipéca si l'on est obligé d'y recourir plusieurs fois.

Malgré la déclaration de Laënnec, qui disait avoir fait prendre avec un succès complet quinze vomitifs en un mois à une dame de 80 ans pour un « catarrhe muqueux abondant »; malgré celle de Durand-Fardel pour qui le vieillard se remet promptement des efforts de vomissements, on s'était mis de tous côtés en grève contre les vomitifs dans la bronchite vulgaire des gens âgés; on invoquait, en faveur de cet ostracisme, les congestions cérébrales, les ruptures d'artères ou d'anévrysmes que le vomitif pourrait occasionner. Trousseau, Mérat considérèrent ces craintes comme théoriques. Dieulafoy écrit en toutes lettres : « dans la forme intense, si les bronches sont trop encombrées, chez les vieillards surtout, on aura recours aux vomitifs ». Et A. Robin de dire avec son élève Chalchat, qu'ils les supportent parfaitement, qu'il n'a jamais noté d'accidents, même chez les artério-scléreux. Chez les vieillards, la puissance musculaire des bronches est affaiblie (Renaut); les incisifs n'ont plus, ne peuvent plus avoir la même action expectorante que chez les adultes : il faut faire intervenir le vomissement, ou, plus exactement, les secousses violentes du diaphragme pour désobstruer ces tuyaux encombrés. Telle est la théorie.

Laënnec n'hésitait pas à prescrire aux vieillards l'émétique; Durand-Fardel, l'ipéca. A. Robin formule à la fois la poudre d'ipéca et l'émétique : poudre d'ipéca 1 gr. 50, tartre stibié 0 gr. 05, pour trois paquets (à prendre dans un demi-verre d'eau tiède un paquet de dix en 10 minutes ou tous les quarts d'heure). Ce mélange serait moins déprimant que le tartre stibié seul.

Administrés avec prudence à l'enfant et au vieillard dans la bronchite vulgaire fébrile des grosses et moyennes bronches, les vomitifs ne bornent pas leurs effets qu'à soulager l'oppression en évacuant des produits catarrhaux (ce dont on se rend bien compte par l'auscultation) : dès le soir même ou le lendemain de leur emploi, la fièvre baisse sensiblement, ce qui prouve que les bronches ont aussi été

Digitized by Google

débarrassées de cultures microbiennes plus ou moins virulentes. A. Robin et M. Binet vont plus loin : Ayant pu faire l'examen du chimisme respiratoire avant et après le vomitif, ils affirment qu'après le vomissement il y a un accroissement des échanges gazeux dans tous leurs éléments. Pourquoi pas? Puisque les bronches mécaniquement désobstruées laissent mieux passer l'air. Nous ne comprenons pas autrement le rôle de ventilateurs pulmonaires qu'on a attribué aux vomitifs dans cette circontance, et nous nous refusons à croire, jusqu'à plus ample informé, que l'augmentation des échanges dûment constatée par les auteurs, résulte, comme ils le pensent, de modifications « de la condition clinique du milieu vital ».

5° Les maîtres de nos services hospitaliers d'enfants reviennent constamment sur ce sujet : l'inopportunité ou l'opportunité des vomitifs dans « la période active et redoutable » de la bronchite généralisée étendue aux petites bronches ou *bronchite capillaire*.

Dans la crainte, sans doute, que les praticiens, sur la sollicitation des familles, ne sachent résister à la tentation apparemment rationnelle d'administrer les vomitifs, J. Simon répétait souvent : « Si j'avais une indication générale à vous formuler à cet égard, je vous dirais volontiers : n'en donnez pas ». On peut résumer l'enseignement des maîtres sur ce point dans les aphorismes suivants :

Laissez les vomitifs de côté chaque fois que vous êtes en présence d'une bronchite capillaire hypertoxique, avec pluie de râles, dont la présence se révèle par une température très élevée, par une orthopnée excessive avec cyanose de la face, par un pouls précipité, petit, fuyant, symptomatique d'une dilatation suraiguë du cœur.

Renoncez-y sans discussion si la bronchite capillaire est compliquée de broncho-pneumonie à noyaux multiples et disséminés.

Il est d'observation qu'en cette double occurence le résultat qu'on veut atteindre par le vomitif, c'est-à-dire la provocation du vomissement, n'a pas lieu : « Il ne faut pas vous leurrer, disait J. Simon, l'échec est certain... Le bulbe, irrigué par un sang qui n'a subi qu'une hématose incomplète, est insensible à l'action de l'émétine ; les vomissements ne se produisent plus, vous n'obtenez qu'une déperdition des forces... L'économie, le système nerveux, par le fait même de l'état de prostration et d'asphyxie, sont devenus insensibles à l'action réflexe des vomitifs qui ne provoquent plus qu'un effet déprimant... Le petit malade ne vomirait point et les résultats diarrhéïques et hyposthénisants vous feraient perdre en l'épuisant encore les ressources que votre thérapeutique est en droit d'attendre du peu de forces qui lui restent ». Et ces maîtres de proscrire, d'une façon absolue, dans ces formes, les vomitifs pour les remplacer par les toniques, par les stimulants diffusibles et expectorants, par les injections de caféine. Nous voilà bien loin, certes, de la pratique de Guersant, de Blache, d'Archambault, qui revenaient quotidiennement ou tous les deux jours aux vomitifs dans le but à la fois de désencombrer les bronches et de prévenir l'atélectasie pulmonaire.

Mais vous pourrez utiliser d'une certaine manière les vomitifs dans les bronchites capillaires infantiles avec fièvre insignifiante, dans lesquelles le système nerveux est à peine impressionné par la résorption de toxines bronchiques peu virulentes, dans lesquelles le pouls reste fort et plein. Seulement, pour qu'il ne fasse que du bien, il faudra être ménager de ce moyen thérapeutique : s'en servir une fois au début, et ne le renouveler, si besoin est, qu'au moment des poussées congestives. Tous les jours ou tous les deux jours, c'est trop. Et encore Marfan n'autorise-t-il cette pratique que si le sujet a plus d'un an ; avant cet âge, il proscrit les vomitifs que Cadet de Gassicourt ne donne guère avant cinq ans.

L'ipéca (sirop seul — ou sirop avec poudre) est le vomitif ordinairement choisi, quoique Comby déclare qu'on peut conseiller sans crainte l'émétique « qui n'affaiblit pas plus que l'ipéca quand il est prescrit à doses modérées ». Cadet de Gassicourt s'est quelquefois servi de l'ipéca-stibié. Soulier ne répugne pas au sulfate de cuivre.

Les mêmes réflexions s'appliquent au catarrhe suffocant de l'adulte dans lequel Lannec recommandait plusieurs jours de suite l'ipéca ou le tartre stibié.

La péripneumonie « bilieuse » de Stoll n'est point la pneumonie bilieuse des auteurs contemporains. Stoll a décrit sous ce nom la broncho pneumonie catarrhale, sans ictère, avec langue recouverte d'un enduit épais : il supposait qu'une matière bilieuse adhère dans ce cas aux parois de l'estomac ; il cherchait à l'en débarrasser par force émétiques et il attribuait la guérison et de la maladie et des symptômes nerveux à l'expulsion de cette matière morbifique. Jaccoud, Peter, Broussonnet et autres ont prescrit l'ipéca à dose vomitive dans la pneumonie avec véritable ictère, visant l'état saburral et non l'exsudat pul-
Stoll monaire. Prévale a commis la même erreur que
à propos de ce qu'il appelait la péripneumonie putride.

L'enfant guérit presque toujours d'une pneumonie franche, même si l'on se croise les bras. J. Simon taxait de « thérapeutique abominable » celle qui prescrit des vomitifs pour combattre la toux et la difficulté de respirer ; on affaiblit l'enfant, dit-il, et on favorise la mort. Ceux qui ne voient pas les choses si en noir sont obligés tout au moins d'avouer que leurs vomitifs n'ont servi à rien.

Digitized by Google

6° J. Frank s'était bien trouvé, dans l'accès d'asthme de l'adulte, d'exciter un léger vomissement par l'eau bénite de Ruland ou vin stibié qu'il regardait comme la panacée des asthmatiquss, ou par le vinaigre ou l'oxymel scillitique. Laennec disait qu'un vomitif amène un soulagement immédiat, comme évacuant dérivatif et expectorant, et par une action directe sur le système nerveux. Ce moyen perturbateur est d'usage plus fréquent dans l'asthme des enfants que dans celui des adultes. L'asthme infantile que l'on observe même entre un et deux ans, surtout entre cinq et dix ans, revêt habituellement la forme catharrale, d'où l'indication d'expulser par un vomitif les mucosités bronchiques : à l'exemple de Moncorvo, on donne 20 centigrammes de poudre d'ipéca toutes les cinq ou six minutes jusqu'à vomissement.

Samuel Visanska a injecté aux enfants de 2 à 4 ans 1/2 milligramme à 2/3 de milligramme de chlorhydrate d'apomorphine.

Floyer espérait prévenir le retour des accès en administrant un vomitif tous les mois quand le paroxysme récidivait tous les dix jours, et deux à quatre fois l'an s'il ne revenait qu'une fois dans l'année.

Consultation Thérapeutique

Traitement de la myopie progressive

La myopie progressive est toujours une gêne, souvent un danger.

Combien de jeunes gens ne peuvent, à cause d'elle, embrasser la carrière qu'ils ont choisie et échouent au port, alors que des études longuement suivies les ont amenés à l'entrée de Saint-Cyr ou de Navale, tout à coup fermée pour cause d'insuffisance visuelle ! Combien d'adultes se voient obligés d'abandonner une profession qui nécessite un emploi trop assidu d'yeux atteints d'asthénopie, de mouches volantes, d'hémorrhagies vitréennes, de choroïdites ! Et puis, le spectre si redoutable du décollement rétinien ne plane-t-il pas au-dessus de la vie du malheureux myope !

Qu'on ne croie pas, avec le vulgaire, que l'œil myope est le plus solide, qu'on sache bien que c'est un œil malade ou prédisposé à la maladie, et que la myopie progressive peut être cause de cécité.

Heureusement cette affection héréditaire et développée par les efforts d'application peut être modifiée par différents moyens que je vais énoncer sous une forme aussi concise que possible.

Etudions les traitements : prophylactique, hygiénique, optique, médical et chirurgical.

Prophylaxie. — Il existe chez quelques jeunes sujets une prédisposition héréditaire ou congénitale à la myopie progressive, qui peut être mise en œuvre ou augmentée par les efforts visuels. Nous sommes peu armés contre cette prédisposition qui paraît pourtant avoir sa puissance maximum chez les enfants malingres, souffreteux, atteints des différentes maladies de l'enfance, c'est dire que les soins consacrés à la réfection de l'état général ne seront pas perdus.

Le but principal à atteindre sera de rendre inoffensifs ou de règler le jeu obligatoire de la vision.

Tout enfant soupçonné de myopie devra être examiné avant le début des études, avant même d'apprendre à lire, de façon à ce que, la myopie reconnue, puissent être édictées les règles qui présideront à sa vie scolaire ou à l'éducation au domicile paternel.

L'école doit être parfaitement éclairée. Le mauvais éclairage est nuisible parce qu'il oblige l'écolier à se rapprocher de l'objet du travail et à abuser de son accommodation et de sa convergence. Un éclairage suffisant doit toujours permettre de lire, dans n'importe quelle partie de la salle d'études les plus fins caractères à 30 ou 32 centimètres.

L'orientation des bâtiments est importante. Dans nos climats, on préférera celle de l'est, du nord-est ou du sud-est. La situation au nord est trop sombre, celle au sud a les inconvénients inverses. On ne placera pas de salles d'études au rez de-chaussée. Faute de l'éclairage d'en haut, pas toujours réalisable, le meilleur est l'éclairage venant exclusivement de gauche, qui permet à l'élève d'écrire sans que son bras droit fasse ombre sur le papier. La lumière ne devra jamais venir d'en face, elle serait éblouissante. Les murs seront peints en gris clair afin de réfléchir la lumière, sans aveugler les écoliers.

Le meilleur mode d'éclairage artificiel est fourni par l'électricité, les lampes placées très haut doivent avoir au-dessous d'elles un miroir concave qui, d'un côté, dérobe à l'œil la lumière et de l'autre la projette sur un plafond blanc, d'où elle se réfléchit dans toute la salle.

Le mobilier scolaire doit être disposé de façon à ce que l'enfant n'ait pas tendance à se rapprocher de plus de 30 à 32 centimètres et à ce qu'il prenne naturellement une bonne position des bras du corps et de la tête. La table, d'au moins 40 centimètres de large doit offrir un plan incliné de 15 à 20 degrés.

Les enfants ont, en écrivant, une tendance à porter la tête en avant et à l'incliner à gauche pour suivre la marche de la plume. Ils s'approchent trop du cahier et prennent une position qui peut développer la myopie et engendrer des déviations de la colonne vertébrale. Certes, l'écriture droite a de notables avantages et la formule de Georges Sand : écriture droite, sur papier droit, corps droit, est excellente, mais l'écriture droite est très lente et ceci n'est pas un mince argument contre son adoption à une époque où toute perte de temps constitue une infériorité. Je crois que des remontrances réitérées s'opposant à la mauvaise tenue des élèves et les empêchant de se rapprocher à plus de 25 centimètres de leur cahier seront presque aussi efficaces que l'adoption d'une écriture aussi peu pratique.

Digitized by Google

Pour qu'un livre scolaire ne fatigue pas l'élève, il faut qu'éclairé par une bougie à 75 centimètres, les caractères soient encore lisibles. Il doit être imprimé sur du papier épais, de pure couleur blanche, en caractères gras ou normands, bien espacés, la longueur des lignes ne devant pas dépasser 8 centimètres avec des interlignes de 3 millimètres. Les pages ne doivent pas être longues et elles seront fournies de larges marges.

Au domicile paternel, on s'efforcera de réaliser autant que possible les conditions sus-énoncées. Faute d'électricité on emploiera une forte lampe à pétrole placée à gauche de l'enfant et munie d'un grand abat jour, mais on ne permettra le travail du soir que dans les cas légers et maniables. Dans le jour, la table de travail munie d'un pupître incliné sera placée perpendiculairement à une large fenêtre envoyant la lumière à la gauche du travailleur.

L'enfant ne doit pas travailler avant l'âge de 5 à 6 ans. Il ne commencera à écrire qu'un an après avoir commencé à lire. L'enseignement de l'écriture sera fait avec du papier et des plumes et non avec des ardoises

On n'exigera pas du jeune myope plus de 2 heures 1/2 à 3 heures de travail assis par jour. Les études ne doivent pas dépasser une demi-heure, trois quarts d'heure au plus et elles seront séparées par un intervalle d'une demi-heure ou d'une heure passées au grand air ou dans l'oisiveté absolue.

Les enfants ne doivent ni lire, ni écrire inutilement ou pendant les récréations ; on ne leur infligera jamais de pensums. Ils ne feront aucun devoir le dimanches ou les jours de fête et seront très surveillés s'ils ont la passion de la lecture. Pendant les vacances d'été qui seront de deux mois au moins, aucune application des yeux ne doit être permise, celles-ci seront passées de préférence au bord de la mer où les grands horizons sollicitent l'exercice de la vue à distance favorable aux myopes. Les exercices physiques réguliers et modérés sont recommandables, sauf ceux qui peuvent congestionner la tête ou nécessiter des efforts.

Traitement hygiénique. — L'adulte atteint de myopie progressive devra suivre quelques règles hygiéniques. Il ne travaillera jamais inutilement, réservant ses efforts visuels pour un but déterminé et pratique. Il renoncera à la lecture des revues, des romans, des journaux. Il prendra des vacances aussi longues et aussi fréquentes que possible, vivra, si faire se peut, au grand air. Il ne travaillera que dans d'excellentes conditions d'éclairage et fuira les travaux du soir et l'application des yeux immédiatement après les repas. Son régime ne comprendra ni alcool ni excitants, ni aliments indigestes et tendra à éviter toute constipation, toute raison de congestion céphalique. Il portera des verres convenablement choisis et fera surveiller l'état des membranes profondes de ses yeux.

Traitement optique. — Des verres bien choisis peuvent arrêter les progrès de la myopie. Il faut donc combattre énergiquement cette opinion trop répandue que les verres fatiguent les yeux et qu'il faut s'en servir le moins possible. Les spécialistes n'ont que trop souvent à lutter contre ce préjugé et contre les idées préconçues des parents qui présentent leurs enfants à l'examen et s'empressent d'empêcher ceux-ci d'employer les verres prescrits.

On donnera aux myopes forts des verres pour voir de loin notablement plus faibles que le degré réel de la myopie et des verres pour voir de près qui permettent la lecture facile à 28 ou 30 centimètres de façon à éviter les efforts de convergence et l'asthénopie qui résulte de la fatigue des muscles droits internes. Si ceux-ci sont affaiblis on adjoindra aux verres concaves des prismes à base interne. On n'oubliera jamais de corriger l'astigmatisme qui accompagne fréquemment la myopie progressive. Le choix des verres chez les myopes progressifs est délicat et nécessite une connaissance précise de l'ophtalmologie.

Traitement médical. — Ce traitement s'adresse surtout aux complications si fréquentes de la myopie progressive. Le régime doux, les purgatifs, les ventouses sèches sur la nuque seront ordonnés en cas de phénomènes irritatifs. L'iodure à faibles doses, les préparations d'hamaméline, d'ergotine, rendent des services dans le cas de mouches volantes ; les mercuriaux agissent sur les choroïdites et les décollements rétiniens. Quand on redoute cette dernière complication ou quand elle s'est produite, il faut mettre le malade au repos complet, quelquefois dans la position horizontale, le purger, favoriser la diurèse et pratiquer des injections mercurielles ; ici le traitement médical, quoique peu actif, semble encore préférable aux divers procédés chirurgicaux récemment préconisés.

Traitement chirurgical. — S'il suffisait de prescrire aux myopes forts des verres correcteurs pour leur procurer une vision convenable, il n'y aurait pas lieu de songer à traiter la myopie par un procédé opératoire. Mais combien ne peuvent supporter les verres forts qui amènent des irisations, des déformations d'objets, combien sont tourmentés par la diplopie, l'asthénopie, les mouches volantes, qui leur interdisent tout travail suivi.

L'intervention opératoire est légitime quand les verres ne sont pas supportés ou quand malgré leur emploi la myopie continue à progresser.

Après l'enlèvement du cristallin opaque chez un cataracté, l'œil normal devient hypermétrope de 10 à 12 Dioptries, on comprend que si, avant l'intervention l'œil était myope de 10 à 12 D, il redevient emmétrope, c'est-à-dire normal après l'enlèvement de la lentille, donc en enlevant le cristallin transparent à un myope, on dimi-

Digitized by Google

nue sa myopie d'un chiffre égal et même supérieur à la valeur du cristallin.

L'extraction du cristallin transparent est souvent suivie de la persistance de masses secondaires dans la chambre antérieure et de diverses complications, aussi tous les opérateurs s'accordent-ils à obtenir d'abord l'opacification du cristallin pour l'extraire ensuite. Je ne puis insister ici sur les divers procédés opératoires et sur les indications de l'extraction chez les myopes. J'ai déjà traité ailleurs ce sujet technique (*Presse Méd.*, 5 avril 1899). Je tiens à rappeler ici que l'opération est nouvelle, que nous ne sommes pas fixés absolument sur ses suites possibles, qu'elle offre à côté de gros avantages un certain nombre de dangers et que, sous peine de la discréditer, nous ne devons pas la pratiquer à la légère. — Dr A. Trousseau, *médecin des Quinze-Vingts.*

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Traitement de la pneumonie franche aiguë (Enfants de 5 ans). Potion (H. Dauchez) :

Antipyrine	1 gr. 50
Sirop de quinquina	30 grammes
Eau-de-vie de Cognac	30 —
Teinture de cannelle	1 —
Hydrolat de tilleul	100 —

A faire prendre par cuillerées à dessert toutes les 2 heures.

Contre la fétidité de la bouche :

Saccharine	1 gramme
Bicarbonate de soude	1 —
Acide salicylique	4 —
Alcool	200 —

Quelques gouttes dans un verre d'eau.

Traitement de l'urticaire par l'usage interne de phosphate de soude (Wolff) :

M. Wolff donne le phosphate de soude à l'intérieur toutes les trois heures, à la dose de 4 à 5 grammes et moins chez les enfants, pour guérir l'urticaire en l'espace de vingt-quatre heures.

Localement, il prescrit en même temps des lotions avec un mélange souvent employé en Amérique contre l'eczéma :

Calamine préparée }	ãã 6 grammes
Oxyde de zinc }	
Acide phénique	2 —
Eau de chaux	60 —
Eau distillée de rose	130 —

Mêlez. — Usage externe.

Chez les enfants, les doses d'acide phénique doivent être réduites suivant l'âge.

Dans l'urticaire chronique, le phosphate de soude, pris après chaque repas à la dose sus mentionnée, procure également un soulagement rapide, mais il se produit souvent des rechutes; aussi les patients doivent-ils continuer l'usage du médicament jusqu'à ce que la tendance aux récidives ait complètement disparu. Le phosphate de soude se montre particulièrement efficace lorsque l'urticaire est d'origine gastro-intestinale, ce qui est souvent le cas.

Pilules contre la névrite goutteuse :

Colchicine	0 gr. 001 milligr.
Sulfate de quinine	0 — 05 centigr.
Extrait de coloquinte	0 — 05 —
Arséniate de soude	0 — 01 —

Pour 1 pilule. — Faire 20 semblables. — 2 à 4 par jour. — A. G.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement antiseptique de la phtisie. — Dans une récente monographie, M. le Dr Couëtoux (de Blain) (1) explique ainsi sa méthode de traitement de la phtisie :

La méthode consiste à vaporiser, dans la chambre des malades, un mélange de diverses substances, qu'on peut placer sur une veilleuse, par exemple ou chauffer par tout autre moyen.

M. Couëtoux commence habituellement par la mixture suivante :

Créosote de hêtre	20 grammes
Teinture d'eucalyptus	50 —
Alcool	150 —

En fumigations dosées par cuillerées à soupe.

« Quand cette médication aura produit un effet suffisant et qu'elle menacera de devenir excessive, ce qui tarde plus ou moins à se produire, suivant que le malade garde ou ne garde pas la chambre, je m'empresserai, dit M. Couëtoux, d'en cesser l'usage ou du moins j'alternerai son emploi avec celui d'autres substances médicamenteuses, ayant une action physiologique différente. C'est ici question de tact médical et de continuelle surveillance. Voici, par exemple, une autre mixture très convenable pour succéder à la première :

Acide lactique	20 grammes
Acide benzoïque	30 —
Alcoolat de mélisse	50 —
Alcool	100 —

« En fumigations dosées par cuillerées à soupe. »

L'action antiseptique désinfectante, commencée par la première mixture qui contient de la créosote et de l'eucalyptus, sera sans interruption continuée par l'acide lactique et l'acide benzoïque de la seconde mixture. Mais l'influence desséchante du premier remède sera remplacée par l'action liquéfiante et la facilité d'expectoration, que procurent les acides et l'alcoolat de mélisse de la seconde mixture. On pourra

(1) *Doin, éditeur.*

Digitized by Google

ainsi varier la médication, suivant les diverses indications fournies par l'état du malade, sans interrompre jamais ce que M. Couëtoux a appelé la désinfection « à doses cliniques » de la chambre à coucher.

Ces fumigations paraissent en effet avoir une action désinfectante réelle sur les locaux habités par les malades, continuées après le décès d'un malade, elles joueraient en outre un rôle prophylactique digne d'attirer l'attention.

M. Couëtoux présente un certain nombre d'observations démontrant l'utilité incontestable de cette méthode.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de l'ectopie testiculaire inguinale. Il y a ectopie testiculaire lorsque le testicule s'arrête en une partie quelconque du trajet qu'il doit suivre pour arriver dans les bourses, ou lorsqu'il prend une direction vicieuse. On peut ainsi observer plusieurs variétés, dont une beaucoup plus fréquente l'ectopie inguinale qu'on rencontre presque toujours en pratique.

Il ne faut pas confondre la descente tardive de la glande séminale avec l'ectopie; en effet, chez nombre de nouveau-nés, le testicule est dans le canal inguinal et ne descend que dans le courant des premières années; au-delà de ce terme, il y a généralement ectopie, quoiqu'on ait observé quelques rares cas de descente du testicule, vers la puberté ou même plus tard.

Le testicule peut être fixé par des adhérences en un point du canal inguinal, ou bien être mobile et se déplacer sous l'influence des efforts. L'ectopie inguinale comprend trois variétés : interne, interstitielle, externe, suivant la place occupée par le testicule dans le canal.

L'ectopie inguinale est très souvent bien tolérée, surtout chez les jeunes sujets; elle se présente avec un minimum de symptômes, les complications sont rares; aussi, ne doit-on pas dans ces cas, tenter une intervention, d'autant plus qu'on peut encore espérer une migration tardive. Mais il n'en est pas toujours ainsi; des complications parfois sérieuses obligent à une thérapeutique active; on les observe surtout chez l'adolescent et chez l'adulte.

Ce sont des douleurs très vives, revenant sous formes de névralgies, réveillées par la marche, les efforts, s'irradiant vers l'abdomen, le périnée, les cuisses; elles sont parfois assez intenses pour entraîner de véritables syncopes. De par sa situation dans le canal ou au niveau de l'orifice cutané, le testicule est exposé aux traumatismes qui réveillent ces douleurs.

On peut encore observer des phénomènes d'inflammation, d'étranglement de la glande, donnant lieu à des symptômes de péritonisme; on a signalé la torsion du cordon se traduisant par des symptômes de pseudo-étranglement et pouvant entraîner la gangrène du testicule.

Une des complications les plus sérieuses est la coexistence d'une hernie; celle-ci est en effet difficile à contenir et son étranglement dans ce cas est plus grave.

Enfin, la glande semble plus exposée aux diverses maladies qui frappent le testicule normal et qui peuvent revêtir une gravité particulière, à cause de la situation du testicule; l'orchite blennorrhagique, par exemple, est plus grave et on l'a vue, en cas de persistance du conduit vagino-péritonéal, engendrer de la péritonite localisée ou généralisée.

La gravité de ces complications suffirait à elle seule à légitimer une intervention, mais celle-ci est encore indiquée à cause des modifications que subit au bout d'un certain temps le testicule, transformation fibreuse ou graisseuse, abolissant les fonctions spermato génétiques et entraînant la stérilité en cas d'ectopie bilatérale.

Quelle opération devra-t-on pratiquer?

Tout d'abord, on n'aura guère à intervenir chez l'enfant, sauf s'il y a coexistence d'une hernie : Broca conseille alors l'intervention à partir de deux à trois ans.

Dans l'ectopie simple, non compliquée de hernie, on a conseillé le masssage forcé, afin de dégager le testicule, mais il faut remarquer que ce moyen est peu efficace et qu'il est parfois dangereux, le testicule venant buter contre l'orifice cutané du canal inguinal, fermé par des tractus fibreux. Il en est de même des exercices physiques qui peuvent amener des accidents d'inflammation. D'ailleurs, ces procédés applicables à l'ectopie mobile, seraient contre-indiquées lorsqu'il y a des adhérences.

L'application d'un bandage peut tout au plus, en fermant le canal inguinal, éviter la production d'une hernie, mais nullement favoriser la descente de la glande.

Avec l'antisepsie, les chirurgiens allèrent plus loin et John Wood, le premier, eut l'idée de fixer le testicule au scrotum par la vaginale; mais ce ne fut pas suffisant, la séreuse étant lâche; la glande avait toujours tendance à remonter. Pour obtenir un bon résultat, il fallait traverser la glande. C'est ce que fit M. Tuffier; mais avant de fixer ainsi le testicule, il faut l'abaisser progressivement jusqu'à ce qu'il descende au fond des bourses, sinon il remontera presque fatalement. Le fil traversera la glande à la partie antérieure et inférieure, là où il n'y a que peu de vaisseaux. M. Tuffier a guéri plusieurs malades par ce pro-

Digitized by Google

cédé, mais il n'est pas infaillible et l'on a cité des cas où le scrotum s'était invaginé à la suite du testicule attiré de nouveau vers l'anneau inguinal.

La cure radicale, orchidorraphie-ordidopexie, est conduite comme l'opération de la hernie inguinale. On fait une incision oblique allant jusque sur la paroi antérieure du canal et l'on arrive sur le testicule et le cordon qu'on isole par dissection des adhérences qui les fixent aux parois du canal. Le cordon doit être libéré sur une grande étendue afin de permettre facilement l'abaissement du testicule jusqu'au fond du scrotum où on lui crée une loge en déchirant le tissu cellulaire. On peut suturer la glande aux parois scrotales, mais cela n'est pas nécessaire, mieux vaut faire au-dessus un capitonnage des parties molles au moyen d'un ou deux plans de sutures.

En libérant les testicules, on recherchera s'il n'existe pas de hernie car dans ce cas, on procèderait à la cure radicale.

L'orchidopexie n'a pas toujours donné des résultats parfaits, ce qui s'explique par ce fait que le scrotum ne fournit pas un point d'appui suffisant pour maintenir le testicule. Un point important est de libérer le cordon sur une longueur suffisante, car s'il est trop court, soit par anomalie, soit par persistance d'adhérences au niveau du canal, le testicule sera de nouveau attiré en haut et reprendra sa place en ectopie.

En somme, ce qui manque pour fixer le testicule, c'est un point d'appui suffisant; M. Villemin s'est adressé au testicule du côté opposé. « En unissant ensemble, dit-il, les deux testicules dans les bourses, en les rendant solidaires, nous convertissons ces deux organes prolongés par leurs cordons en une sorte de fronde qui, dans son ascension, sera toujours arrêtée par la racine de la verge, fixe sous la symphyse pubienne. Aussi, est-il plus exact de dire que c'est la racine de la verge qui, indirectement, va être le point d'appui ». Le procédé serait d'autant plus applicable que l'ectopie est double, car ainsi l'équilibre est encore plus parfait.

Le manuel opératoire est fort simple; on fait, un peu en arrière de la partie la plus déclive des bourses une incision de un à deux centimètres, allant jusqu'au tissu cellulaire; les deux testicules sont abaissés et font saillie entre les deux lèvres de l'incision, avec une petite aiguille, on passe deux fils de soie prenant la vaginale et l'albuginée du testicule, mais le moins possible de tissu glandulaire; les deux fils sont passés de même sous les enveloppes de l'autre testicule et noués dans la plaie. Reste à suturer les lèvres de l'incision.

L'anesthésie générale n'est pas toujours nécessaire pour cette petite opération, la cocaïne sera souvent suffisante. La plaie sera recouverte par un pansement ordinaire ou simplement par une mèche de gaze maintenue par la pâte d'Unna, dont la formule est la suivante :

Gélatine		3 parties
Oxyde de zinc		2 —
Glycérine	ãã	6 —
Eau		

Ce procédé aurait donné d'heureux résultats; remarquons qu'il ne serait pas suffisant dans les cas compliqués de hernie, et qu'il faudrait alors par une autre intervention en faire la cure radicale. Peut-être, d'ailleurs, pourrait-on combiner les deux méthodes.

Dans les cas d'ectopie ancienne, lorsque le testicule ne peut être abaissé, les opérations précédentes ne pouvant plus atteindre, comme chez l'enfant et l'adolescent, le but désiré, c'est-à-dire le rétablissement de la fonction testiculaire, il faut en arriver à une opération plus radicale, la castration. Celle-ci sera encore indiquée dans certains cas rebelles où les douleurs persistent après l'orchidopexie.

Enfin, d'autres complications de l'ectopie testiculaire, les néoplasmes, en particulier, seront une indication de la castration.

Mais, en dehors de ces derniers cas, la castration, même pour une glande qui ne fonctionne plus, ne pourra être faite chez tous les malades; il est certains névropathes auxquels on doit conserver les testicules, c'est alors à l'orchidopexie qu'on aura recours, ce sera, d'ailleurs, dans ce cas surtout une opération morale. — Henri Milhiet, *Interne des hôpitaux.*

CLINIQUE MÉDICALE

Fièvre bilieuse hématurique mortelle avec hématozoaires dans les tissus. — Contrairement aux conclusions que Koch a publiées après son séjour dans l'Afrique Orientale, contrairement à celles de Tomaselli, la fièvre bilieuse hématurique n'est pas toujours due à un empoisonnement par la quinine. Phehn, dans un travail récent (Kamerun Küsk), a observé sur un total de 48 cas de fièvre bilieuse hématurique 4 cas dans lesquels la quinine n'avait pas été employée avant la maladie.

Thin (*Brit. M. J,*) a lui même trouvé le parasite de Laveran dans le cerveau d'un jeune homme mort de fièvre bilieuse hématurique et qui fut soigné au cours de sa maladie par la bile de porc et la quinine.

Il paraît donc que la fièvre bilieuse hématurique n'est pas toujours due à la quinine et que dans certains cas elle est une forme de la fièvre paludéenne; c'est aussi la conclusion d'un récent travail de Le Q ennec paru *in Archiv. für Schiffs und Tropen. Hygiene*, 1899. — E. B.

Digitized by Google

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Influence des moustiques sur la propagation de la variole en Algérie. — M. Hervieux analyse une note du Dr Lafforgue médecin militaire à l'hôpital de Batna.

Dans le mois de mars 1898, cet auteur observa une épidémie de variole dans un village d'Algérie; la plupart des cas s'étaient déclarés dans la partie sud-ouest du village, tandis que toute la partie nord était restée indemne.

M. Lafforgue, ne pouvant attribuer à aucune cause appréciable l'immunité de cette partie de population, fut conduit par l'examen des observations météorologiques à invoquer l'influence des courants atmosphériques qui règnèrent pendant les mois de mars et avril. Or, il est d'observation que les mouches et les moucherons, qui à cette époque de l'année, commencent à devenir nombreux dans cette région, ne se déplacent que dans le sens du vent. On s'accorde généralement à attribuer à ces insectes un rôle important dans la propagation de la conjonctivite granuleuse très commune chez ces populations. Par analogie, M. Lafforgue a été conduit à penser qu'ils n'étaient pas étrangers à la dissémination de la variole dans l'épidémie actuelle. Cette opinion est parfaitement admissible.

Anévrysme de l'aorte. — M. Lancereaux présente un malade, ayant contracté les fièvres palustres du Tonkin, atteint d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, très amélioré par les injections d'une solution de gélatine au centième dans le sérum artificiel. (*5 juin*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Mensuration de l'aire du cœur par les rayons de Rœntgen. — M. Béclère énonce le principe d'une méthode nouvelle de mensuration de l'aire du cœur à l'aide des rayons Rœntgen. Ces rayons forment, à partir de leur foyer d'émission, un faisceau divergent; ils se dirigent, en ligne droite, dans toutes les directions. A la surface de l'écran pour chaque position de l'ampoule, il existe donc un point où l'incidence des rayons Rœntgen est normale, tandis qu'en tous les autres points elle est oblique; ce point n'est pas très dificile à déterminer exactement. Pour la mensuration de l'aire du cœur, le sujet examiné et l'écran demeurant immobile, on déploiera l'ampoule, parallèlement à l'écran, de telle sorte que le point en question, le point d'incidence normale des rayons, se confonde successivement avec le bord droit et avec le bord gauche de l'ombre radioscopique du cœur, c'est-à-dire de telle sorte que l'incidence normale des rayons Rœntgen soit successivement tangente au bord droit et au bord gauche du cœur. Il suffira de mesurer sur l'écran immobile la distance entre les deux points ainsi notés, l'un après l'autre, à l'aide d'un calque, pour obtenir exactement, sans calcul, le diamètre correspondant du cœur. La même opération sera répétée pour chacun des diamètres du cœur.

Le service des douteux à l'hôpital des Enfants-Malades — M. Moizard. Très souvent, à l'entrée du malade, le cas est douteux; le médecin ne peut se prononcer. Autrefois, nous ne pouvions qu'envoyer ces malades dans des salles communes. Aujourd'hui, depuis l'ouverture en janvier 1896 du service des douteux à l'hôpital des Enfants-Malades, sorte de lazaret où les enfants, dont la maladie n'est point encore suffisamment caractérisée, sont mis en observation, jusqu'à ce que le diagnostic établi, leur répartition puisse être effectuée dans les différents services, cet inconvénient n'existe plus. Un service de douteux existe à Trousseau depuis 1893. Il est, à mon avis, très inférieur à celui de l'hôpital des Enfants : ici, nous avons, en effet, l'organisation rigoureusement cellulaire; il s'agit de petites salles contenant plusieurs lits.

Dirigeant le service des douteux depuis sa fondation, j'y ai observé, en quatre ans et demi, plus de 5.000 malades, exactement 5.016, et je voudrais, après vous avoir donné une description de notre installation et de notre organisation, vous montrer comment on peut, à peu de frais, réaliser en hygiène hospitalière des progrès tels que, sur ce nombre de 5016 malades, 7 cas de contagion, dont 6 de rougeole ont été seulement observés. La rougeole seule a filtré, et encore dans quelle minime proportion ! Car l'autre cas de contagion est une diphtérie qui s'est montrée dès les premiers jours de l'ouverture du service, alors que notre organisation était encore imparfaite, ainsi que l'éducation de notre personnel : la diphtérie n'a pas filtré depuis lors, bien que nous en ayons observé de nombreux cas.

Le principe de l'organisation du service des douteux est le système cellulaire. La salle Henri Roger, mesurant 30 mètres de longueur, sur 7 de largeur et 4 m. 50 de hauteur était autrefois affectée à un service de médecine générale et contenait 40 lits. Elle est largement éclairée et ventilée par une double rangée de dix grandes fenêtres se faisant face.

Elle a été divisée, par un système de cloisons vitrées, en vingt cellules ou box disposées autour d'un long couloir qui va d'une extrémité de la salle à l'autre. Chaque box constitue une petite chambre dont une paroi est formée par le mur de la salle et une grande fenêtre, et les trois autres par des vitres fixées en bas sur un chassis en bois. La hauteur des cloisons qui limitent chaque box est de 2 m. 10; elles sont fixées au plancher de la salle par des montants en fer, mais en sont séparées par un espace de 5 centimètres de hauteur.

Comme les box n'ont pas de plafond, ils sont largement ouverts en haut; l'air de la salle est donc respiré par tous les malades. L'expérience de quatre années nous a démontré la justesse de l'opinion qui nie la contagiosité des maladies par l'air. En outre, cette disposition assure le chauf-

Digitized by Google

fage de la salle par un calorifère auquel on a ajouté, en raison de son insuffisance, quatre poêles salamandre disposés dans le couloir central. Ce mode de chauffage nous a donné toute satisfaction, même pendant les hivers rigoureux.

Chaque box est fermé par une porte vitrée. Le système des cloisons vitrées rend la surveillance des enfants très facile, et tout en assurant l'isolement pour chaque malade lui permet la distraction du mouvement de la salle. Les murs sont couverts d'un enduit vernissé qui permet le lavage. Le parquet a été paraffiné de façon que toutes les fentes soient exactemement bouchées.

Chaque box étant ainsi limité, le mobilier, tout en fer, est des plus sommaires : un lit ou un berceau a sommier métallique, deux chaises et une table de nuit. La vaisselle, qui sert indistinctement à tous les enfants, est soumise, après chaque repas, à une ébullition prolongée dans l'eau additionnée de carbonate de soude. Les cuillères, fourchettes et gobelets sont spécialement réservés à chaque malade, mais subissent la même ébullition après chaque repas. Jamais le parquet n'est balayé : on le lave avec des linges imbibés de solution de sublimé ou d'oxycyanure de mercure au millième. Je rappelle qu'au niveau du parquet l'air circule entre les différents box, la cloison qui les sépare s'arrêtant à 5 centimètres au dessus de lui.

Lorsqu'un malade quitte un box, la literie et le linge *sont* envoyés à l'étuve ; le lit, la table de nuit, les chaises les parois du box lavés à l'eau phéniquée au 20e. Ces précautions prises, un autre malade peut lui succéder sans danger, quelle que soit l'affection dont il est atteint. Telle étant l'organisation du service, et on peut dire qu'elle est aussi simple, aussi sommaire, aussi économique que possible, les conditions les plus importantes de sécurité pour nos malades consistent dans les précautions prises pour pénétrer dans les box et pour en sortir. Au point de vue prophylactique tout est là. Si nous pouvions arriver à ce qu'il n'y eût aucune faute commise, aucune infraction aux règles que je vais indiquer, nous aurions la perfection ; nos compartiments seraient absolument étanches. Sept cas de contagion seulement en quatre ans et demi sur plus de cinq mille malades me permettent, je crois, de prétendre que nous y arrivons presque, surtout dans un service fréquenté par de nombreux étudiants et médecins étrangers, dont la discipline, à ce point de vue, ne peut être, quoique nous fassions, aussi rigoureuse que celle des élèves directs du service.

Dans chaque box se trouvent en permanence trois ou quatre blouses : ces blouses ne doivent être enlevées du box que pour être envoyées à l'étuve. Sur la table de nuit, placée loin du lit de l'enfant, une petite cuvette contient, en permanence, une solution d'oxycyanure de mercure au millième.

Chaque personne entrant dans un box revêt une blouse et la boutonne. Avant de la quitter, elle plonge les mains dans l'oxycyanure et, sans les essuyer, quitte la blouse qu'elle laisse sur une des chaises. Nos mains sont donc constamment imbibées de solution antiseptique.

Grâce à ces précautions, nous passons en quelques secondes du box d'un scarlatineux à celui d'un enfant atteint de diphtérie, de celui-ci à un troisième qui peut n'avoir aucune affection contagieuse et nous n'avons pas de danger à redouter pour nos petits malades. L'expérience m'a tellement démontré que mon service de douteux est un des plus sûrs de l'hôpital, que dans certains cas je n'ai pas hésité à y garder des malades atteints de maladie contagieuse, pendant toute la durée de son évolution, et qu'il m'est arrivé plusieurs fois, à titre d'épreuve, d'y garder, pendant toute leur maladie, des enfants atteints d'affections telle que fièvre typhoïde, pneumonie, par exemple. Je n'ai jamais eu à m'en repentir. Ce ne sont que des exceptions, puisque le service étant avant tout une sorte de lazaret, nous devons toujours avoir quelques lits vacants pour recevoir les malades douteux. Mais il m'arrive souvent de garder longtemps dans le service des malades sur lesquels il m'a été impossible de me faire une opinion assez ferme pour les envoyer soit dans un service de contagieux (diphtérie, scarlatine ou rougeole), soit dans un service commun ; ou des enfants atteints de coqueluche grave ou compliquée, l'hôpital n'ayant point encore de salles d'isolement pour la coqueluche. Les chiffres que j'ai donnés plus haut montrent avec quelle sécurité je peux le faire. (*1er juin*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De la stérilisation des mains. — M. Delbet. La stérilisation des mains, sans laquelle il n'y a pas de chirurgie septique possible, est regardée par beaucoup de chirurgiens comme impossible, d'où l'usage des gants de caoutchouc, adopté par plusieurs pour pratiquer les opérations septiques. Cependant ces gants diminuent la dextérité manuelle, peuvent se déchirer, se souiller au cours d'une opération aussi bien que la main. La difficulté n'est donc pas résolue.

M. Delbet a fait faire un grand pas à la question, en démontrant à l'aide d'expériences d'une rigueur absolue, que l'on pouvait stéréliser par les lavages soigneux les mains préalablement infectées par des cultures microbiennes.

De l'eau chaude, du savon, de l'alcool et du sublimé suffisent pour obtenir ce résultat.

Les mains sont lavées et brossées pendant 5 à 10 minutes avec du savon ordinaire dans de l'eau très chaude et non courante : cette eau est changée une ou deux fois, le brossage est ensuite recommencé dans l'alcool à 90° ; il décape l'épiderme et achève d'enlever la graisse de la peau. A côté du bassin d'alcool, est un bassin de liqueur de Van Swieten, dans lequel les mains sont plongées de temps en temps Lorsque la solution de sublimé ne glisse nulle part et

Digitized by Google

mouille partout, c'est que le lavage à l'alcool a été suffisant; le nettoyage des mains est terminé par une immersion d'une minute dans le sublimé.

Ce procédé permet de rendre les mains aseptiques sans dommage pour la peau.

M. Reynier pense également que l'on peut obtenir la stérilisation des mains par des lavage srépétés. Après lavage et brossage prolongé dans l'eau savonneuse sous un robinet d'eau stérilisée chaude, jusqu'à ce que l'épiderme devienne lisse et souple, les mains sont passées dans la solution de permanganate de potasse, puis de bisulfite de soude et enfin de sublimé.

Il convient, pendant l'opération, de tenir ses mains toujours humides et propres, en les passant à chaque instant dans le sublimé. Avec ces précautions, il n'est point besoin de gants, qui gênent énormément le toucher.

Abcès pelviens appendiculaires. — M. Delanglade, de Marseille, donne lecture de 3 observations d'abcès pelviens d'origine appendiculaire, qu'il a ouverts par la taille prérectale, — avec 2 guérisons et 1 mort (30 mai).

CADET DE GASSICOURT

Tous ceux qui l'ont connu et aimé, ceux qui savent se souvenir et lui ont voué une profonde reconnaissance, apprendront avec la plus vive douleur, la mort de Cadet de Gassicourt, à l'âge de 73 ans.

Médecin honoraire des hôpitaux, ancien médecin de l'hôpital Trousseau, membre de l'Académie de médecine, dont il fut le secrétaire toujours écouté et applaudi toujours aux grandes séances annuelles dans ses discours, où savants et lettrés goûtaient le charme de son esprit, notre collègue et maître fut un médecin accompli dans toute l'acception du mot. Ses leçons en trois volumes sur les maladies des enfants resteront un modèle d'observation clinique, de saine érudition, de sagacité thérapeutique, et l'on reste confondu et confus, surtout en face de l'Etranger, qu'une Faculté de médecine de France n'ait pas spontanément *offert* une chaire de pédiatrie au clinicien de haute valeur qui l'eût tant honorée.

Aux qualités de l'intelligence il joignait les qualités du cœur. Il fut réellement le *vir bonus* des anciens, le médecin profondément honnête et consciencieux, compatissant aux souffrances d'autrui, toute sa vie n'ayant été pour les malades, pour les siens, que dévouement, cette sainte poésie du devoir. Et je ne pourrai jamais oublier combien il fut bon, tendre, affectueux pour des parents éplorés, pour une chère enfant qui disparut, terrassée par un mal alors implacable, la diphtérie. De ce jour naquit dans mon cœur une éternelle reconnaissance, que j'eusse voulu tant lui prouver, lorsque je vins à son chevet...

A son tour, il est parti! Mais il laisse le souvenir d'une belle existence, bien remplie, et d'une carrière médicale des plus honorablement parcourues. Sa vie est un exemple; sa mort, un deuil cruel pour tous ceux qui l'ont connu, pour sa veuve, dont l'infortune morale et le vaillant courage nous remplissent d'émotion. Nous lui adressons l'hommage de notre profonde, de notre respectueuse sympathie. — H. Huchard.

VOYAGES D'ÉTUDES MÉDICALES

Eaux minérales, Stations maritimes et climatériques, Sanatoriums de France

Dr Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris

Voyage de 1900, aux stations du Sud-Ouest : Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Basses-Pyrénées, Landes, Gironde, Luchon, Capvern, Bagnères-de-Bigorre, Argelès, Barèges, Saint-Sauveur, Cauterets, Pau, Saint-Christau, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Salies-de-Béarn, Biarritz, Cambo, Hendaye (Sanatorium), Dax, Arcachon.

Du 2 au 15 septembre 1900.

COMITÉ DE PATRONAGE

Président : M. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine. — *Vice-Président* : M. Landouzy, professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris; membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'Hôpital Laënnec. — *Membres du Comité* : MM. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine; médecin de l'Hôtel-Dieu; sénateur de l'Allier; Durand-Farrel (Ray.), secrétaire général de la Société d'Hydrologie; Fournier, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'Hôpital Saint-Louis: Gilbert, agrégé de thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Broussais; Huchard, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'Hôpital Necker, président de la Société de Thérapeutique; Lannelongue, membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine, professeur de pathologie externe à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades; Monod, conseiller d'Etat, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique au Ministère de l'Intérieur, membre de l'Académie de Médecine; Proust, professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Paris, inspecteur général des services sanitaires, membre de l'Académie de Médecine, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.

Secrétaire général et Organisateur de ces Voyages : Dr Carron de la Carrière, ancien interne des Hôpitaux, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté de Médecine de Paris.

BUT DES VOYAGES D'ÉTUDES MÉDICALES

Ces *Voyages d'Etudes Médicales* sont organisés dans le *but* de faciliter, aux Médecins ainsi qu'aux Étudiants français et étrangers, la visite et la connaissance pratique des Stations Thermales et Climatiques de France.

Les connaissances indispensables pour juger de l'indication des Eaux minérales, et pour les prescrire, se réduisent à quelques données *peu nombreuses*, mais bien *précises*, données qui sont faites autant de leur composition, de leur thermalité, de leur mode d'administration, que des applications, que la tradition clinique nous a appris à en faire, dans les maladies générales, dans les états diathésiques, dans les affections viscérales et les localisations muqueuses, cutanées ou articulaires. Rien ne vaut pour saisir et retenir les applications particulières de chacune des Stations, comme de voir sur place, et sa clientèle, et son agencement, et l'outillage dont elle dispose. Rien ne vaut pour le médecin qui ordonnance une Eau minérale, comme d'avoir vu, de ses yeux vu, son anatomie et sa physiologie, si on peut ainsi parler : en cela, comme dans toute autre matière, rien ne vaut la *leçon de choses*.

VOYAGE DE 1900

Le voyage de cette année, comme celui de l'an dernier, aux stations du Centre et de l'Auvergne, est placé sous la direction du docteur Landouzy, *qui fera sur place des Conférences sur la*

Digitized by Google

Médication Hydrominérale, ses indications et ses application (1).

Sont seuls admis à ce voyage, les Médecins français et étrangers, les Etudiants en médecine. Les femmes des médecins peuvent accompagner leur mari; mais, le chiffre des adhérents à ce voyage étant limité, elles ne seront admises que dans la limite des places laissées disponibles par les inscriptions des médecins seuls.

CONDITIONS DU VOYAGE

I. — *Luchon* est la première Station prise comme point de concentration de tous les voyageurs. Chacun arrivera isolément en gare de Luchon.

Pour arriver à la gare de Luchon (Compagnie du Midi), les Compagnies de chemins de fer accordent une *réduction de moitié prix* à tous les Médecins et Etudiants en médecine, quel que soit le point de la France d'où ils partent. Pour recevoir, en temps voulu, ce billet de faveur, il est nécessaire d'indiquer très exactement, en s'inscrivant, la gare de départ, ou pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français. Toutes les Compagnies de chemin de fer — à l'exception de la Compagnie du Midi — accordent la même réduction aux femmes des médecins.

II. — *De Luchon à Arcachon*, les voyageurs visiteront en groupe, les stations suivantes : Luchon. — Capvern. — Bagnères-de-Bigorre. — Argelès. — Barèges. — Saint-Sauveur. — Cauterets. — Pau. — Saint-Christau. — Eaux-Bonnes. — Eaux-Chaudes. Salies-de Béarn. — Biarritz. — Cambo. — Hendaye (sanatorium). — Dax. — Arcachon.

Prix à forfait, 300 francs par personne, payables en s'inscrivant. Ce prix comprend tous les frais du voyage, depuis le moment de l'arrivée en gare de Luchon (dans la journée du dimanche 2 septembre), jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront à Arcachon (le samedi 15 septembre dans la soirée ou le dimanche matin 16 septembre, au gré de chacun) : trajets en chemin de fer, excursions en voiture, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Dans ce prix est compté le dîner et le coucher à Arcachon, le samedi 15, ainsi que le petit déjeuner le lendemain matin, dimanche, 16 septembre.

La Compagnie du chemin de fer du Midi, sur le réseau de laquelle a lieu le parcours du voyage, n'a consenti aucune réduction pour les femmes de médecins ; aussi la souscription des dames est fixée à *350* francs.

III. — *Arcachon* est la dernière station où les voyageurs se sépareront pour retourner chacun isolément chez soi.

Pour retourner d'Arcachon à son lieu de résidence, qui a été son point de départ, chaque Médecin ou Etudiant en médecine bénéficiera, comme à l'aller, en venant à Luchon, de la *réduction de moitié prix* sur les chemins de fer. Semblable réduction est accordée aux femmes de médecins par toutes les Compagnies de chemins de fer, à l'exception de la Compagnie du Midi.

En raison de la courte durée du voyage et des trajets importants en voiture, les voyageurs sont priés de réduire leurs bagages au strict nécessaire et de n'emporter qu'une valise d'un maniement facile.

Les Compagnies de chemins de fer, en accordant d'une façon tout à fait exceptionelle aux adhérents de ce voyage, la faveur de rejoindre isolément, avec des billets à demi-place, la première station de la tournée, Luchon, ont expressément spécifié qu'on s'y rendrait *sans arrêt* et par la *voie la plus directe*. Il en est de même pour le retour au lieu de résidence, en quittant la dernière station, Arcachon.

Dans le cas où, pour un motif quelconque, le voyage n'aurait pas lieu, les personnes inscrites ne pourront prétendre qu'au remboursement des sommes versées.

Pour s'inscrire, envoyer :

1° Son *adhésion* au Dr CARRON DE LA CARRIÈRE, 2, rue Lincoln, Paris ; nom et adresse lisiblement écrits ;

2° Sa *souscription* — 300 francs — et l'indication de la gare d'où l'on partira, à M. l'Administrateur délégué des Voyages Economiques, 17 faubourg Montmartre, Paris.

Les inscriptions sont reçues JUSQU'AU 15 AOUT 1900, *terme de rigueur.*

En me communiquant l'avis qu'on vient de lire, le dévoué promoteur des *Voyages d'études médicales*, notre cher collaborateur et ami le Dr Carron de la Carrière, me disait avec trop de bienveillance vraiment, que ma campagne en faveur des stations thermales et climatiques *françaises* lui avait certainement inspiré cette excellente idée des voyages d'études médicales. Cette idée, il l'a réalisée et poursuivie avec le plus grand désintéressement et un succès dont il doit être légitimement fier. Si aujourd'hui j'élève encore la voix en faveur de ces voyages, ce n'est pas comme « membre du comité de patronage », (et à ce sujet, M. Carron de la Carrière peut attester que dernièrement encore j'ai voulu décliner cet honneur), c'est parce que l'idée est bonne, féconde, juste, patriotique ; c'est parce qu'il importe d'aller étudier sur place toutes les ressources, vraiment considérables, que les stations thermales, hivernales et climatiques en France offrent aux malades. Le premier voyage de ce genre, effectué aux stations du Centre et de l'Auvergne a obtenu un succès qui a dépassé les plus belles espérances; à leur retour, tous les médecins que j'ai vus et que j'avais engagés par la voix du journal, à accomplir ce voyage d'études médicales dans un but à la fois utile et agréable et *à des conditions vraiment exceptionnelles*, m'ont témoigné leur grande satisfaction.

Quelques uns souhaiteraient que les conférences sur la médication hydro-minérale, sur ses indications et ses applications, fussent presque toujours faites par les médecins des stations, ou encore par divers médecins très compétents en science hydrologique. C'est là une objection peu impor-

(1) *Compte-rendu du Voyage de 1899 aux Stations du Centre et de l'Auvergne :* Néris, La Bourboule, Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, Durtol (sanatorium), Châtel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues, par le Dr CARRON DE LA CARRIÈRE, — in-8°, 172 p., Carré et Naud, éditeurs, 4 fr.

Digitized by Google

tante, et il est toujours possible, facile même d'interroger sur place les médecins des stations, comme il est facile de se procurer sur l'hydrologie de bons livres écrits en un style simple et sobre sans ces phrases sonores qui n'ajoutent rien aux mérites de leurs auteurs ou de la station. D'autre part, il est peut-être préférable que le soin d'indiquer les applications de la médication hydro-minérale ne soit pas confié toujours aux médecins des stations, parcequ'ils auraient trop l'air de plaider *pro domo*.

Notre forme conclusion est la suivante : Ces voyages d'études médicales sont extrêmement utiles aux praticiens français ou étrangers, et nous engageons beaucoup nos lecteurs, pour leur instruction et pour leur agrément (*utile dulci*), à s'inscrire en grand nombre chez le dévoué promoteur de ces voyages, le Dr Carron de la Carrière (à Paris 2, rue Lincoln). Nous croyons leur rendre service en leur conseillant de profiter des conditions exceptionnelles et très économiques avec lesquelles ils effectueront un voyage, à la fois très agréable et très utile. — H. Huchard.

THÉRAPEUTIQUE HYDROMINÉRALE

La Mouillère (Besançon) et les chlorurées sodiques fortes, iodo-bromurees

Il est impossible, ou peu s'en faut, d'exagérer, en matière de thérapeutique hydro-minérale, l'importance des *chlorurées sodiques fortes, iodo-bromurées*.

« La balnéation chlorurée sodique produit des effets « vraiment merveilleux, a pu écrire le professeur A. Robin, « membre de l'Académie de médecine. Elle s'adresse avec « le même succès aux anémies, à la chlorose, au rachi- « tisme, au lymphatisme et à la scrofule, aux rhumatismes « chroniques, aux affections chroniques des os et des arti- « culations, etc. Cette médication joue donc en hydrolo- « gie un rôle de tout premier ordre, et l'on peut dire, sans « crainte d'être taxé d'exagération, que, lorsqu'elle n'est « pas décisive, elle a, du moins, le mérite de préparer des « guérisons qui n'auraient pas été obtenues sans elle. »

Pendant longtemps, et presque jusqu'à ces dernières années, on ne comptait — ou plutôt on ne connaissait guère — en Europe, que trois à quatre stations : Nauheim et surtout Kreuznach en Allemagne, Salins et Salies en France, dispensant, aux malades de ces nombreuses catégories, les bénéfices de leurs *eaux salines* (bromurées ou non bromurées), et de leurs *eaux-mères* (Mutterlauge).

Mais, à mesure que l'action de ces eaux était mieux connue, et leur spécialisation mieux établie ; à mesure que, par suite, leurs succès s'affirmaient plus nombreux, plus décisifs, plus incontestés ; à mesure que, d'autre part, les conditions d'existence faites à tous par la vie moderne, surmenée et surchauffée au-delà de toute raison, multipliaient au sein de la jeune génération les anémiques, les épuisés et les neurasthéniques, les lymphatiques et les scrofuleux ou scrofulo-tuberculeux ; à mesure enfin qu'augmentaient la facilité des communications et le bon marché relatif des déplacements, Nauheim et Kreuznach, Salins et Salies devenaient insuffisants, et, devant le flot toujours montant des baigneurs justiciables de la médication chlorurée sodique, s'ouvraient de nouvelles stations salines, d'année en année plus nombreuses.

L'Allemagne, aujourd'hui, se pare avec une certaine fierté de ses cent et quelques stations salines, au fronton desquelles elle inscrit avec complaisance ces lourds « à peu près » ou « jeux de mots » caractéristiques de l'esprit germanique : *In sale salus*, — et encore : *In sole et in soole* (l'eau saline) *omnia constant*. A entendre nos bons voisins d'outre-Rhin, il semblerait qu'il n'y ait d'autre cure saline que celle pratiquée chez eux, par eux, et pour eux.

Lourde erreur ! alors que Salins et Salies nous restent et alors qu'aux deux extrémités sud-ouest et est de la France viennent de se fonder, depuis tantôt 7 à 8 ans, Briscous et *La Mouillère, aux portes de Besançon*. La richesse thermale d'un pays s'apprécie par la qualité bien plus que par le nombre de ses stations : des cent et quelques sources salines allemandes, il n'en est aucune qui, même de loin, puisse entrer en rivalité avec Salies, Briscous ou *La Mouillère*.

Cette dernière station de *La Mouillère*, éclose en 1892 en plein Jura français, aux portes de Besançon, dans l'un des sites les plus pittoresques de cette ravissante vallée du Doubs, si justement dénommée « la préface de la Suisse », renferme jusqu'à 291 gr. de chlorure par litre et pas moins de 0 gr. 108 de bromure, alors que Salins et Salies, jusque là réputées pour leur bromuration, en renferment à peine le tiers. Les eaux salines naturelles de *La Mouillère* se classent en tout premier rang, tant par la richesse que par l'heureuse pondération de leur minéralisation, qui unit à la précieuse *bromuration* de Salins la forte *chloruration* de Salies.

A cette station il faut envoyer, sans hésiter, les débiles, les épuisés, les convalescents, les anémiques, les lymphatiques, scrofuleux et scrofulo-tuberculeux, les malades atteintes de métrites et paramétrites anciennes, et de tumeurs fibreuses utérines, d'affections chirurgicales chroniques, ganglionnaires, osseuses ou articulaires, de paralysie infantile, de chorée chronique, ainsi que d'affections par nutrition retardante : rhumatisme chronique, goutte atonique, diabète gras, obésité, etc.

En même temps que les ressources de la cure saline, ils trouveront à La Mouillère celles de la « cure d'air » de petite altitude, et celles des médications adjuvantes : hydrothérapie et sudothérapie, massage, électrothérapie, gymnastique médicale et orthopédique. — Institut radiographique. — Dr D. Aubin.

Erratum.— Dans le n° 23, p. 376, dans l'article de M. Liégeois, à la place de 8 gr. 50 de phenacetine, lire : 0 gr. 50.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Gustave Righelot

Traitement de la métrite cervicale par le caustique Filhos

L'étiologie de la métrite est plus simple qu'on n'a voulu la faire : si nous laissons de côté les opérations septiques et les explorations maladroites, elle relève de deux grandes causes, l'état puerpéral et la blennorrhagie. Ceux qui ont vu beaucoup de microbes dans les voies génitales ont attribué à l'infection des sources multiples ; mais les derniers travaux bactériologiques ont prouvé que ces microbes sont, pour la plupart, inoffensifs. C'est donc, d'une manière générale, après ces deux modes de contamination que nous voyons évoluer et se localiser de façons diverses les altérations métritiques de la muqueuse, de ses glandes et du parenchyme.

Or, pour qui veut choisir au milieu des traitements innombrables de la métrite, c'est justement cette évolution qui est intéressante. Il faut suivre pas à pas l'infection, étudier comment elle envahit les tissus, se diffuse et se propage au loin, ou rétrocède et se localise. Prenons l'état puerpéral : au début, l'utérus est envahi tout entier ; la métrite, à son origine, porte à la fois sur le col et sur le corps, elle est totale. C'est alors que naissent et s'étendent les lésions décrites par Cornil, Sinéty, Paul Petit, dans la muqueuse et dans le parenchyme. Mais les lésions du corps et celles du col sont loin d'avoir la même destinée, et c'est faute de le savoir qu'on fait des erreurs de thérapeutique. Les premières se voient, comme je viens de l'établir, dans l'*état puerpéral récent ;* elles se voient encore dans la *métrite prolongée* qui accompagne les lésions graves des annexes, lorsqu'à la suite d'une infection généralisée aux trompes et aux ovaires, on trouve encore, longtemps après la période puerpérale, le tissu utérin ramolli et friable, avec du liquide puriforme ou sanguinolent dans la cavité. Mais d'autres fois l'infection s'est limitée, d'elle-même ou à la suite d'une intervention ; elle n'a pas envahi les annexes ou les a touchées à peine ; l'involution s'est complétée au bout de quelques mois, le corps a repris son volume ; tout est guéri, sauf le col. Regardez quelques semaines après l'accouchement, ou l'année suivante, ou plus tard, le col est toujours malade ; il était malade au début, et nulle vraie métrite infectieuse ne peut se concevoir sans la participation du col ; il reste malade, parce que la forme de ses glandes, l'épaisseur et les anfractuosités de sa muqueuse sont favorables aux cultures et rebelles aux moyens thérapeutiques. Chassée de partout, l'inflammation s'y cantonne ; si bien que, chez les femmes qui n'ont pas d'accidents pelviens progressifs, mais qui restent modérément souffrantes avec des pesanteurs et de la leucorrhée, cette métrite interminable, non plus seulement prolongée mais *chronique* au sens propre du mot, est une métrite exclusivement cervicale. Dans le corps, l'inflammation est éteinte ; je ne dis pas que l'analyse histologique n'y verrait pas quelques traces de son passage, mais pour le clinicien elles n'existent pas ; le palper, le cathéter ne trouvent rien, toute médication intra-utérine est illusoire. Tels sont les faits courants de la pratique, telles sont les femmes qui viennent journellement nous consulter, deux ou trois ans après leurs couches. Elles ont le gros col d'Emmet, et elles n'ont que cela ; quand, avant l'opération de Schrœder, on gratte la muqueuse par acquit de conscience, la curette ne ramène que d'insignifiants débris. Voilà pourquoi je répète souvent, dans mon service, une formule un peu trop simple, mais justifiée par les commentaires qui précèdent : *la métrite chronique est une métrite cervicale.*

Mêmes constatations dans la blennorrhagie. A part les cas d'extrême virulence, où il y a lymphangite pelvienne, envahissement de l'utérus, des annexes et du péritoine, le gonocoque est insidieux, s'installe sans fracas, et la métrite, si grave qu'elle soit dans ses effets, puisqu'elle rend les femmes stériles, se limite au museau de tanche et ne retentit pas au loin. Cette autre formule simple est donc légitimée par un grand nombre de faits : *la métrite blennorrhagique est une métrite du col.*

Je n'apprends rien à personne en disant qu'il y a des métrites exclusivement cervicales. Et cependant, beaucoup de médecins paraissent n'y guère penser dans leur pratique ; il semble que l'altération du col aperçue dans le fond du spéculum ne soit jamais que la partie visible, voire même la partie négligeable d'une altération plus profonde, qu'on appelle vaguement « la métrite ». Je suis frappé de voir avec quelle sollicitude on injecte, on crayonne et on racle des cavités saines. C'est qu'on n'a pas présente à l'esprit l'évolution de la métrite, que je résume en ces quelques mots : l'utérus totalement infecté, la métrite du corps s'observe dans la période qui suit l'accouchement, et réclame nos soins pendant un laps de temps variable, mais en général assez court ; elle est déjà beaucoup moins intéressante, quand elle se prolonge à côté de lésions annexielles qui absorbent l'attention et dominent le traitement ; à la longue, elle n'existe plus, et la plupart des malades qui passent journellement sous nos yeux avec des leucorrhées purulentes, n'ont rien qu'une métrite cervicale.

Il faut donc, je le répète, tenir compte de l'évolution, et, en rapprochant les dates et les signes qu'on a sous les yeux, juger à quel stade de la métrite la

Digitized by Google

femme est arrivée, à quelle thérapeutique elle a droit. Sommes-nous dans les quelques mois qui suivent l'accouchement, dans cette période incertaine, sans limites précises, et pouvons-nous croire à une inflammation survivante, à une muqueuse non cicatrisée? Il faut observer, nous enquérir des symptômes, noter les caractères de la leucorrhée, explorer l'utérus par les procédés connus, instituer enfin, s'il y a lieu, la thérapeutique intra-utérine, curettage, tamponnement, injections de chlorure de zinc, etc. Mais si l'origine des accidents est lointaine, si j'ai bien affaire à une vraie métrite chronique, je sais que derrière ce col je n'ai rien à aseptiser, rien à gratter, et que le seul traitement qui convienne est celui d'une métrite cervicale.

De ce qui précède, il ressort que la thérapeutique intra-utérine est applicable à certain cas déterminés, et ne doit pas être adoptée uniformément; et sa complète inutilité dans un grand nombre de métrites infectieuses chroniques entraîne l'importance relative du traitement de la métrite cervicale. Aussi m'a t-il semblé utile de faire connaître ce traitement, tel que je le pratique tous les dimanches matins, à la consultation de gynécologie de l'hôpital Saint-Louis.

Les opérations plastiques sur le col sont toujours la méthode la plus expéditive pour triompher des infections cervicales rebelles. Mais il y a des femmes qu'on n'opère pas : elles ont peur, elles ne peuvent garder le repos, la place manque à l'hôpital, etc. Faut-il donc renoncer à guérir leurs métrites? Faut-il se contenter de quelques badigeonnages à la teinture d'iode, qui améliorent tout au plus les lésions récentes et superficielles?

Parmi les vieux traitements de la métrite cervicale, il en est un, le plus méconnu, le plus ignoré de tous, qui réussit à coup sûr. Il détruit les lésions glandulaires profondes, il rend au col son volume et sa forme, il ne cause jamais d'atrésie; il n'est pas dangereux et peut être appliqué par tous les médecins; il dure quelques semaines et laisse aux femmes leur liberté. Ce traitement, c'est la cautérisation avec le *caustique Filhos*. Son inventeur est Amussat, qui demanda à son beau-frère Filhos et au pharmacien Gallot de solidifier la pâte de Vienne et de la couler dans des tubes de plomb. Amussat transmit son procédé à mon père, qui, grâce à lui, remporta des succès dont ses malades furent les seules confidentes, et qui se décida seulement en 1884 à publier quelques observations.

A cette époque, sous l'influence de l'enseignement paternel, j'essayais de guérir mes premiers utérus. Mais la gynécologie opératoire commençait à sortir de l'ornière; je fus séduit, entraîné comme les autres; je laissai le filhos dans son tube de plomb, et je n'y pensai plus.

Depuis, l'expérience est venue avec les difficultés de la pratique; nous avons vu les opérations mal faites par centaines, nous avons vu les malades brutalisées ou laissées à leurs misères, toutes les fois qu'une chirurgie très sage et très cultivée n'intervenait pas. N'est-il pas intéressant de mettre au jour un procédé qui n'a plus rien de chirurgical, dont l'application est d'une extrême simplicité, et qui, d'autre part, détruit les lésions profondes comme le fait le bistouri, non sans restituer au col une forme et des orifices comme n'en donne pas la meilleure opération de Schrœder?

Ce procédé, je l'avais oublié; j'y suis revenu en en 1893, à propos d'une malade que m'avait confiée le professeur Jaccoud, et chez laquelle un souffle intense à la base du cœur lui paraissait interdire absolument l'anesthésie. Comment venir à bout d'une métrite cervicale profonde, avec large déchirure, ectropion, lèvres indurées, granuleuses, autrement que par une opération de Schrœder exécutée avec soin sous le chloroforme? Le souvenir du filhos me traversa l'esprit : au bout de quelques semaines, le col était merveilleusement transformé, petit et souple; c'était un col d'avant l'accouchement; douleurs et pertes avaient disparu.

J'ai maintenant recueilli un assez grand nombre de faits. Chaque semaine, dans mon service, à la consultation de gynécologie du dimanche matin, j'ai quelques malades en traitement qui viennent se faire cautériser. Il me reste à montrer comment je les cautérise, et ce qui en advient.

Après l'injection de rigueur et l'application du spéculum, un mince tampon d'ouate hydrophile est placé dans le cul-de-sac postérieur, pour le préserver contre un léger suintement qui peut venir du col pendant la formation de l'eschare. On a taillé le tube de plomb avec un canif et fait saillir le caustique d'un demi-centimètre. Il est porté sur le col avec une pince qui saisit le bout fermé du tube.

La cautérisation avec le filhos n'est pas un attouchement superficiel et rapide, comme avec la teinture d'iode ou le chlorure de zinc. C'est un contact prolongé, qui doit faire une eschare profondre. Il faut appuyer et maintenir le caustique assez longtemps sur chaque partie du col, attendre que la muqueuse attaquée noircisse et devienne sanguinolente; le promener sur tous les points, l'arrêter davantage où la lésion est le plus accentuée, l'entrer à fond dans la cavité cervicale; de temps à autre essuyer l'extrémité du caustique, essuyer la bouillie qui couvre le col, et continuer jusqu'au moment où l'eschare noire est partout bien formée. L'opération dure de trois à cinq minutes. Pour tout pansement, un tampon d'iodoforme ou de salol est porté sur le museau de tanche.

La cautérisation est peu douloureuse ou ne l'est

Digitized by Google

pas du tout; un peu plus chez les nerveuses, quand l'utérus est très sensible au toucher; il est rare que la sensibilité ne s'éteigne pas en trois ou quatre séances.

La femme peut rentrer chez elle, mais elle doit rester au repos toute la journée, étendue s'il est possible. Dès le lendemain, elle ôte le tampon et fait chaque jour une ou deux injections d'eau bouillie. En évitant les fatigues, elle peut vaquer toute la semaine à ses occupations; quelques douleurs l'avertissent en cas d'imprudence.

La cautérisation est renouvelée chaque semaine; on peut la faire plus souvent, tous les cinq ou six jours, mais cela n'avance guère. Il faut plusieurs jours pour que l'eschare se détache, et il est bon qu'elle soit détachée avant d'exercer une action nouvelle.

Le nombre des cautérisations varie de huit à douze. La fin du traitement s'impose d'elle-même si, dans l'intervalle de deux séances, la plaie s'est cicatrisée, et si en même temps le volume est réduit et la forme satisfaisante. Mais si, avec une grande amélioration du volume et de la forme, la plaie est toujours vive, le traitement doit-il continuer ou finir? Il faut savoir s'arrêter, et laisser la plaie achever sa guérison.

En général, dès la deuxième cautérisation, on voit un notable changement d'aspect. Tout au moins dans les séances qui suivent, les surfaces bourgeonnantes et sanieuses ont fait place à une plaie rose de bon aloi. Il reste à la creuser davantage, à l'étendre vers les bords, vers les commissures ou vers le haut de la cavité cervicale, avec cet agent destructeur, maniable et sûr, qui ne fait jamais plus qu'on ne lui demande, jusqu'au jour où, la muqueuse ayant disparu avec ses glandes, les lèvres massives sont amincies, façonnées, sculptés, revenues sur elles-mêmes.

Quand on examine, deux ou trois semaines après la fin du traitement, on trouve un col nouveau, jeune, remis à neuf; il a son volume normal ou peu s'en faut; il a sa forme d'avant l'infection et les déchirures; l'orifice externe est arrondi ou fendu, facilement perméable; aucun obstable au cathétérisme. Fait remarquable, il n'y a jamais d'atrésie, jamais de bride cicatricielle; chaque lèvre a subi une perte de substance profonde qui s'est réparée isolément et s'est refait un épithélium. Il y a des grossesses après l'usage du filhos. Quand on songe qu'autrefois les médecins obtenaient des atrésies avec le nitrate d'argent, on a lieu d'être surpris de voir cet écueil évité à coup sûr par une cautérisation destructive. Quelle qu'en soit la raison, jamais d'atrésie; la restitution de la forme et des fonctions est plus sûre qu'après les opérations les mieux faites.

Je ne voudrais pas jurer qu'une main lourde ne trouvera jamais le moyen d'oblitérer un col avec le caustique Filhos ou de lui donner une forme piteuse. J'imagine qu'on y arriverait en prolongeant les cautérisations au-delà du terme nécessaire; et c'est là le seul point qui me paraisse un peu délicat.

J'ai guéri ainsi des infections cervicales récentes, mais le filhos est surtout intéressant dans les cas invétérés; et j'ai dit assez comment je les conçois, pour qu'on en déduise que l'emploi du filhos convient à la plupart des métrites infectieuses chroniques. Mais la confiance qu'il doit inspirer n'exclut pas la recherche des indications; elle ne dispense pas le chirurgien d'avoir l'œil ouvert sur les métrites chroniques peu anciennes, dans cette période incertaine où l'infection du corps peut n'être pas éteinte. Elle ne supprime pas la néeessité de faire un diagnostic et d'appliquer la médication intra-utérine toutes les fois qu'elle semble opportune.

Il faut dire, cependant, que l'usage du filhos a une action certaine sur le corps de l'utérus. On disait jadis que la plaie cervicale était comme un exutoire et diminuait « l'engorgement » de l'utérus. C'est bien possible, et j'admets la bonne influence du traitement sur l'état congestif entretenu par la lésion du col. Mais j'ignore dans quelle mesure on peut croire à son influence sur une muqueuse utérine encore infectée.

Chez les femmes de tempérament neutre ou lymphatique, le traitement marche tout seul et sans encombre, avec les lésions du col disparaissent les pesanteurs pelviennes, les maux de reins et la leucorrhée, cette leucorrhée fastidieuse qui est souvent le plus clair de leurs maux; la guérison est parfaite. Chez les arthritiques nerveuses, il faut des ménagements, des sursis, des conseils et des prescriptions; mais le col se refait aussi bien, à la sécrétion purulente survit un peu de mucus clair, la plus grande part des douleurs est supprimée. Les troubles généraux, la tristesse, les idées noires se dissipent, en tant qu'ils sont causés ou entretenns par la douleur et la congestion pelviennes. On arrive même à leur faire oublier leur petit bassin; mais on ne peut les empêcher d'avoir des tendances congestives et de rester des arthritiques nerveuses.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Valeur restreinte des classifications et des théories pathogéniques pour le traitement des dyspepsies

par M. P. Le Gendre, *médecin de l'hôpital Tenon*

Inscrit d'office à l'ordre du jour de la discussion qui doit s'engager sur la communication de M. Frémont, je défère d'autant plus volontiers à la bienveillante invitation des membres du bureau que j'ai

Digitized by Google

eu le regret de ne pouvoir assister à plusieurs des séances précédentes dans lesquelles d'importantes questions relatives à la pathogénie et au traitement des gastropathies ont été soulevées.

Sur le point de savoir si les critique de M. Frémont contre la classification de M. Hayem sont fondées, je me garderai bien d'émettre une opinion. C'est une querelle clinique dans laquelle les incompétents feront prudemment de ne pas intervenir. Tout en admirant la patience avec laquelle M. Hayem poursuit depuis tant d'années la démonstration d'une corrélation certaine entre la formule du chimisme stomacal et les lésions anatomiques, je n'ai pu encore tirer que rarement dans ma pratique un utile parti des analyses que je fais faire aussi souvent que possible, soit par M. Winter, soit par les chimistes que je crois les plus qualifiés pour suivre exactement sa méthode. Les réflexions que M. Frémont fait à propos des nombreuses conditions qui peuvent s'opposer à ce que l'analyse du suc gastrique soit rigoureusement exacte, je me les suis faites souvent et s'il est vrai qu'il suffise de savoir si le dyspeptique est hyper ou hypo-chlorhydrique, et s'il fabrique des acides de fermentation organiques, je me sentirai désormais la conscience plus tranquille quand il m'arrivera de ne pouvoir démêler, à la lecture d'un « carton » compliqué, à quelle altération gastrique la formule correspond.

A vrai dire, si les ambiguités de la classification clinique de M. Hayem sont regrettables, c'est presque uniquement au point de vue du pronostic, car la thérapeutique n'en est guère modifiée, les questions de régime mises à part, les deux pôles de la thérapeutique des diverses hyperpepsies ou hypopepsies sont toujours le bicarbonate de soude et le Hcl, et j'oserai dire que, plus je traite des dyspeptiques, plus je suis frappé du peu d'influence que les théories pathogéniques et les classifications exercent en réalité sur l'institution d'un traitement utile. Et c'est le seul point de vue qui intéresse notre Société.

M. A. Robin a bien raison de dire que nous ne possédons aucune classification s'adaptant à tous les cas. La sienne même, malgré l'abondance des subdivisions, malgré le soin qu'il a pris d'en emprunter les éléments à l'étiologie, à l'évolution et aux complications, ne me paraît pas mériter d'être considérée comme « la seule qui puisse servir de guide thérapeutique ».

Elle prend comme pivots deux termes, l'hypersthénie et l'hyposthénie, qui par leur caractère vague, semblent, comme je l'ai déjà dit, des revenants du siècle passé, et qui n'impliquent par eux-mêmes aucune indication thérapeutique positive. L'hypersthénie gastrite est, nous dit M. A. Robin, une « dyspepsie avec exagération de la fonction ». Quelle est la fonction de l'estomac? De digérer. Un estomac hypersthénique est donc un estomac qui digère trop bien? L'indication thérapeutique sera donc de le faire digérer moins bien? Quel singulier rôle serait dévolu au médecin, si la définition de M. A. Robin devait être prise en son sens littéral! La vérité est que la digestion est une fonction complexe à laquelle tout l'organisme prend part, les centres nerveux et leurs expansions stomacales; la circulation générale et les vaisseaux gastriques, la musculature gastrique, la sécrétion des glandes, etc.

Un estomac hypersthénique est-il un estomac dont la muqueuse est hyperesthésiée et hyperemiée, dont la paroi musculaire a une contractilité exagérée, dont les glandes sécrètent un suc gastrique trop abondant et trop riche en acide chlorhydrique, voire une trop grande quantité de mucus? Evidemment non. Quand on lit les caractères attribués par l'auteur à chacune des variétés d'hypersthénie, on voit que toutes les parties constituantes de l'organe ne fonctionnent pas en même temps avec suractivité.

Le désir de simplifier les dénominations est encore plus accentué dans une classification plus récente, celle de M. Sigaud (de Lyon) (1), qui dans un livre d'ailleurs fort intéressant divise les tubes digestifs en « forts » et en « faibles » : c'est plus français, si ce n'est pas plus clair. Mais de telles simplifications donnent-elles plus d'indications thérapeutiques que les classifications d'Hayem, de Bouveret, de Mathieu, de Glénard, qui ont pris les uns et les autres pour bases de leurs classifications la perturbation fonctionnelle de tel ou tel des éléments constituants du tube digestif? Je ne vois pas qu'il en soit ainsi.

Mais je constate que l'aboutissant de la classification à première vue simpliste de M. Robin est une polypharmacie extrême, puisqu'à tous les agents usités avant lui dans la thérapeutique de l'estomac, il en ajoute de tout à fait inédits comme la picrotoxine et la solanine, et il marche ainsi à l'encontre du courant qui a porté les gastropathes à diminuer autant que possible la thérapeutique médicamenteuse. Cette tendance à multiplier l'usage des médicaments à action irritante locale possible et à effets généraux complexes ne me paraît pas devoir être approuvée ; car, si elle est peu offensive maniée par un maître comme notre collègue, si elle trouve beaucoup d'imitateurs parmi les praticiens, je crains que les résultats n'en soient pas favorables à la majorité des malades.

Pour en revenir aux classifications des états dyspeptiques, je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'en avoir adopté une pour formuler des indications thérapeutiques ; celles-ci, je les déduis de l'examen attentif des signes et symptômes de chaque cas parti

(1) Sigaud. Traité clinique de la digestion 1900.

Digitized by Google

culier. Tout au plus puis-je dire que deux phénomènes me paraissent primer les autres et seraient à prendre en grande considération, si on voulait faire deux grandes divisions parmi les dyspepsies : je vise la stase gastrique et l'hyperesthésie de la muqueuse. Ces deux phénomènes fournissent en effet des indications capitales.

Associé aux recherches cliniques de M. Bouchard sur la dilatation de l'estomac, j'ai contribué à vulgariser cette notion qui me paraît toujours aussi exacte qu'il y a quinze ans dans les limites que mon maître avait précisées, et je suis toujours surpris de constater que la plupart de nos contradicteurs même les plus distingués ne l'ont pas bien comprise. Quand je lis que nous avons « élevé à l'état de dogme le régime sec et l'antisepsie de l'estomac », et que « l'effondrement de la dilatation de l'estomac » est propre à montrer « une fois de plus l'inanité des systèmes », je ne puis me dispenser de protester.

Le mot de « régime sec » n'a jamais figuré dans aucune publication de M. Bouchard ni dans les miennes, que pour spécifier que nous ne le repoussions, nous avons indiqué seulement l'opportunité de limiter dans certains cas l'abus des boissons et nous avons conseillé d'utiliser passagèrement dans certaines circonstances où des signes de fermentations putrides étaient prédominants certaines substances antiseptiques, en attendant que la diététique eût réussi à prévenir ces fermentations secondaires, conséquences habituelles de la stase gastrique et intestinale. Ce n'est pas notre faute si beaucoup de médecins, n'ayant pas lu les publications originales, et sur la foi de certains critiques intéressés à ridiculiser une découverte incontestable ont cru que tout dyspeptique devait être un dilaté, qu'un dilaté était condamné à mourir de soif et à manger du naphtol à tous ses repas pendant plusieurs mois. Cela, c'est la légende, et non l'histoire. La vérité est que la coexistence d'une stase gastrique habituelle avec un cortège de manifestations morbides multiples du côté du système nerveux, de l'appareil circulatoire, des téguments, des émonctoires et de certains viscères en corrélation étroite avec le tractus gastro-intestinal est un fait clinique indéniable dont la fréquence avait échappé aux prédécesseurs de M. Bouchard : cette stase a été notée 241 fois sur 1.000 malades chroniques apyrétiques pris au hasard : elle ne s'accompagne pas toujours de dyspepsie, et elle est plus fréquente que celle-ci qui ne se rencontre que 195 fois sur 5,000 chroniques. Quant à la relation pathogénique à établir entre la stase gastrique et les accidents qui coexistent avec elle, elle se déduit d'une part de l'antériorite manifeste de la stase dans bon nombre de cas où on la recherche systématiquement et de la disparition progressive des accidents extra-stomacaux quand on a réussi à supprimer la stase ou même seulement à la rendre moins prolongée.

Les raisons qui militent en faveur de l'auto-intoxication de l'organisme quand il y a stase gastrique et fermentations putrides dans l'intestin ne peuvent être réfutées par les critiques formulées par M. A. Robin dans une récente discussion : les procédés expérimentaux qu'il a employés pour démontrer l'intoxication des animaux au moyen de l'injection à ceux-ci de substances extraites du tube digestif des dyspeptiques, sans y réussir, me paraissent sans valeur. M. Linossier y a déjà répondu quand il a distingué les toxines absolues et les toxines relatives. Peut-on nier d'ailleurs que le tube digestif soit un laboratoire de poisons, quand on voit que le sang de la veine porte intoxique les animaux lorsqu'on le conduit directement dans la veine cave inférieure, en le détournant du foie chargé d'arrêter les poisons d'origine gastro-intestinale qu'il charrie?

Mais, je me laisse entraîner trop loin de mon point de départ, qui est l'importance de la stase gastrique comme indication thérapeutique.

Bien des influences mènent à la stase depuis le mode défectueux d'alimentation jusqu'à la sténose pylorique ou sous-pylorique en passant par l'insuffisance contractile de causes multiples (hérédité, lésions musculaires, vasculaires ou nerveuses, centrales ou gastriques d'ordre infectieux ou toxique) et les divers modes de dislocation. Les moyens les plus divers doivent être mis en œuvre suivant la cause reconnue ou supposée pour remédier à la stase et à l'intoxication.

J'ai dit qu'en second lieu, comme pivot d'une classification en vue de la thérapeutique, je placerais l'hypéresthésie de la muqueuse, qui est avant tout excitatrice de réflexes : l'hypéresthésie qui engendre non seulement la douleur, les vomissements, les spasmes antipéristaltiques, mais les réflexes paralysants ou tétanisants des vaisseaux de la muqueuse et des fibres musculaires, stimulant ou inhibant les sécrétions glandulaires. Cette hyperesthésie qui, chez les névropathes primitifs, peut à elle seule, je crois, provoquer des crises d'hyperchlorhydrie, peut aussi naturellement dépendre d'une viciation primitive de la sécrétion glandulaire dans le cas de gastrite ou de l'excitation produite sur la muqueuse par le contact prolongé d'acides organiques dans les cas de stase. L'analyse du suc gastrique par un des procédés connus avec ou sans repas d'épreuve doit sans doute intervenir ici pour aider à résoudre le problème, et je m'abstiendrai prudemment de m'aventurer sur le terrain chimique qui m'est interdit. Je souhaite vivement que l'accord se fasse peu à peu entre les doctes sur ce point. L'hyperesthésie est, en tout cas, un phénomène auquel il faut s'attaquer résolument par

Digitized by Google

les multiples moyens locaux et généraux que l'on sait, en tête desquels il faut toujours placer le choix judicieux des aliments, qui est moins encore que les médicaments sous la dépendance des classifications et des théories pathogéniques (1).

CLINIQUE MÉDICALE

Les adénopathies à distance dans les cancers viscéraux

Par le Dr Marcel Labbé, *ancien interne des hôpitaux*

La fréquence des adénopathies au cours des cancers épithéliaux est une notion banale. Chacun sait que l'épithélioma a tendance à se propager par les voies lymphatiques, tandis que le sarcome se propage par les vaisseaux sanguins.

Les anatomo-pathologistes ont pour ainsi dire fixé les lois de la propagation et de la généralisation du cancer.

Les ganglions en rapport direct avec le cancer sont habituellement pris les premiers; les germes cancéreux puisés au niveau de la tumeur sont apportés par les vaisseaux lymphatiques au premier ganglion, qui réagit, se cancérise et arrête pendant un certain temps la généralisation du cancer en barrant la route aux cellules épithéliomateuses.

Après ce ganglion, un autre est pris à son tour, un groupe ganglionnaire éloigné est atteint, et quand toutes les étapes ganglionnaires sont franchies, les cellules épithéliomateuses passent dans le sang et rien ne s'oppose plus à la dissémination du cancer.

Ainsi, une tumeur épithéliomateuse donne lieu à des adénopathies similaires directes et éloignées. Les adénopathies directes marquent la première étape dans la généralisation de la tumeur, les adénopathies à distance indiquent déjà un degré plus avancé de généralisation, et se produisent en général à une époque tardive.

Quelquefois, cependant, il arrive que les ganglions en rapport direct avec la tumeur sont franchis très rapidement par les cellules néoplasiques, qui s'arrêtent dans un ganglion éloigné et y cultivent ; l'adénopathie cancéreuse à distance peut être précoce.

Dans ces conditions, l'adénopathie à distance peut être utile au diagnostic du cancer. En effet, les adénopathies directes dans les cancers viscéraux sont profondes et inaccessibles aux recherches cliniques, tandis que les adénopathies à distance sont souvent superficielles. Ainsi, les adénopathies péri-gastriques en rapport avec un cancer de l'estomac sont impossibles à reconnaître ; l'adénopathie sus-claviculaire se constate, au contraire, avec la plus grande facilité.

(1) *Soc. de Thérapeutique.*

Ces notions ont amené les médecins à utiliser les adénopathies à distances dans le diagnostic des cancers viscéraux. M. Troisier, dans une série de publications remarquables, a établi la réalité et montré le mode de production des adénopathies sus-claviculaires dans les cancers du tube digestif. MM. Jaccoud, Belin, Mazand ont affirmé l'importance des adénopathies externes pour le diagnostic des cancers profonds.

Belin pense que « les adénopathies externes au cours du cancer viscéral ont une grande valeur séméiologique. Leur présence permet de porter un diagnostic nosologique exact dans la plupart des cas de cancer latent ; elle interdit toute intervention opératoire dans les cancers viscéraux accessibles à la chirurgie. »

Cette opinion tend aujourd'hui à devenir classique en France ; les adénopathies superficielles, régionales ou éloignées sont considérées par la plupart des auteurs comme la signature du cancer.

Il nous a semblé cependant que cette opinion était exagérée et nous avons cherché avec M. Soupault à préciser la valeur séméiologique des propagations ganglionnaires cancéreuses à distance.

Pour établir cette valeur séméiologique, il était nécessaire de savoir si ces adénopathies à distance sont fréquentes, sont précoces et possèdent des caractères cliniques assez spéciaux pour qu'on puisse, en l'absence de tout autre symptôme, reconnaître leur nature.

Ce sont ces diverses questions que nous avons cherché à résoudre.

La fréquence des adénopathies à distance dans les cancers n'est pas très facile à connaître, car la plupart des auteurs qui les ont signalées n'ont pas cherché à établir de statistique ; se baser sur les cas publiés dans la littérature médicale conduirait à des conclusions inexactes, car sur le nombre immense des cas de cancer on ne relate que ceux qui présentent une particularité intéressante, telle que l'adénopathie à distance, par exemple.

Gussenbauer et V. Winiwarter ont fait cette recherche pour l'adénopathie sus claviculaire. Sur 903 autopsies de cancer de l'estomac, affection qui s'accompagne le plus fréquemment d'adénopathie sus claviculaire, ils n'ont trouvé cette localisation que 5 fois, soit une fois sur 180.

Dans la thèse de Pasteau, nous trouvons 2 adénopathies sus-claviculaires seulement sur 211 observations de cancer de la vessie et de la prostate, et encore l'examen histologique des ganglions intéressés n'est-il pas mentionné.

Dans nos propres observations, sur 14 cas de cancer de l'estomac ou du pancréas, les ganglions sus-claviculaires n'ont été trouvés cancéreux qu'une seule

Digitized by Google

fois; et il est important de faire remarquer que, dans ce cas, le cancer était généralisé à tous les ganglions de l'économie et que les ganglions sus-claviculaires étaient cancéreux sans être hypertrophiés; il n'y avait donc pas d'adénopathie au sens clinique du mot.

L'adénopathie sus-claviculaire cancéreuse n'est donc pas fréquente dans les néoplasmes du tube digestif.

Il en est de même pour l'adénopathie inguinale. Sur 10 cas de cancer abdominal où nous avons recherché histologiquement l'état dss ganglions inguinaux, nous n'avons rencontré qu'une seule fois — précisément dans le cas où le ganglion sus-claviculaire était cancéreux — un petit noyau néoplasique dans l'un de ces ganglions; ce ganglion n'était d'ailleurs nullement hypertrophié et n'était pas appréciable à la palpation pendant la vie.

L'adénopathie à distance est donc une complication exceptionnelle; par suite, son absence n'a pas de valeur diagnostique, sa présence seule pourrait en avoir.

Les adénopathies cancéreuses a distance ne sont pas précoces. Habituellement, elles succèdent à l'envahissement des ganglions voisins de la tumeur et ceux-ci ne sont pas toujours envahis de bonne heure. Carle et Fantino, Langhans, V. Eiselsberg, Guinard, etc., ont souvent constaté que les ganglions périgastriques recueillis au cours des opérations pratiquées sur les cancers de l'estomac, n'étaient pas cancéreux. Nous-mêmes, avons noté dans un tiers des cas environ, l'intégrité de ces ganglions au moment de l'opération.

L'adénopathie à distance n'apparaît donc, en général, qu'à une période tardive, alors que les symptômes du cancer sont assez nombreux pour que le diagnostic soit facile à poser.

Les adénopathies cancéreuses présentent-elles des caractères assez singuliers pour que leur constatation, même à l'état de symptôme isolé, permette d'affirmer l'existence d'un cancer patent ou latent?

La plupart des auteurs admettent cette spécificité symptomatique.

Une adénopathie sous forme de tumeur isolée ou fusionnée, généralement mobile sous la peau, d'un volume moyen, d'une consistance dure et pierreuse, absolument indolente, ne modifiant pas l'aspect de la peau à son niveau, évoluant lentement et progressivement, sans tendance à la suppuration, est considérée habituellement comme caractéristique de la transformation cancéreuse.

Mais ces caractères ne nous semblent pas suffisamment tranchés pour fonder une distinction précise. Le volume des ganglions cancéreux est très variable : ils peuvent être gros; mais ils peuvent être très petits, si petits même que l'examen clinique ne permet pas de les apercevoir. La mobilité, l'absence de modifications des téguments appartiennent à tous les ganglions dans lesquels le travail inflammatoire n'a pas franchi les limites de la capsule; elles ne sont pas particulières aux ganglions cancéreux et peuvent même faire défaut à une période avancée de leur évolution. L'indolence, la dureté pierreuse se trouvent aussi dans les ganglions chroniquement enflammés et les ganglions caséeux.

En résumé, il n'existe aucun caractère clinique pathognomonique des adénopathies cancéreuses.

Bien plus, le doute peut encore subsister lorsqu'on a les pièces en mains, après une opération, par exemple.

L'examen anatomopathologique macroscopique des ganglions ne permet pas toujours d'affirmer ni d'infirmer l'existence du cancer. Gussenbauer, Ziegler avaient déjà indiqué ce fait. Nous y avons insisté à nouveau avec M. Fernand Bezançon, et nous avons prouvé que l'examen histologique réservait souvent des surprises et qu'il était seul capable de fournir un renseignement précis.

L'insuffisance de l'examen clinique, la nécessité de recourir à l'examen microscopique pour reconnaître la nature d'une adénopathie cancéreuse, diminuent considérablement la valeur séméiologique de ce symptôme.

Ainsi, les adénopathies à distance ne peuvent pas être utilisées pour le diagnostic du cancer viscéral.

En voulant établir l'équation : adénopathie sus-claviculaire + troubles digestifs = cancer, on serait amené à commettre de graves erreurs de diagnostic.

En effet, l'adénopathie sus-claviculaire est loin d'être toujours liée à un cancer. Elle peut être d'origine tuberculeuse, ce qui est le cas le plus fréquent, d'origine syphilitique ou d'origine infectieuse banale.

Le Pr Jaccoud, dans ses leçons cliniques, a cité des faits de tuberculose pulmonaire et de tuberculose pleuro-péritonéale avec ganglions sus-claviculaires tuberculeux; pendant la vie, la coexistence de troubles gastriques et de gros ganglions sus-claviculaires, considérés comme cancéreux, avait fait porter le diagnostic de cancer abdominal.

Belin rapporte une observation semblable. Nous avons relevé des cas identiques dus à MM. Achard, Fernet, Catrin, Girode.

M. Mathieu a rapporté l'observation d'un malade qui souffrait de troubles gastriques avec cachexie et présentait une adénopathie sus-claviculaire gauche; en raison de cette coïncidence, on porta le diagnostic de cancer de l'estomac. Plusieurs semaines après, le malade fut revu, et l'on constata sur le corps une éruption de nature syphilitique. Le traitement

Digitized by Google

spécifique fit rapidement disparaître l'éruption, les troubles gastriques et l'adénopathie.

Dans une autre observation de M. Mathieu, suivie d'autopsie, il s'agit d'un ulcère simple de l'estomac qui avait été pendant la vie considéré comme un cancer à cause de la présence d'un ganglion induré dans le creux sus-claviculaire.

Guinard a cité le cas d'un malade qu'on crut atteint de cancer gastro-hépatique à cause de la coïncidence d'un gros foie bosselé et d'un ganglion sus-claviculaire gauche ; la laparotomie montra qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du foie.

Nous pourrions facilement citer de nombreux exemples analogues prouvant que la recherche systématique de l'adénopathie sus-claviculaire conduit souvent à des erreurs de diagnostic, et qu'on ne peut se fonder sur l'aspect clinique d'une adénopathie pour affirmer sa nature cancéreuse.

Il serait également dangereux de rejeter l'hypothèse d'un cancer à cause de l'existence d'une adénite suppurée tuberculeuse ou banale.

En effet, les tumeurs sont le siège fréquent d'infections secondaires et un microbe qui a pénétré à leur niveau peut aller coloniser dans un ganglion et y déterminer une adénite suppurée. L'association du cancer et de la tuberculose n'est pas rare : il en résulte que le bacille de Koch venant du poumon ou de la tumeur elle même, pourra donner une adénite tuberculeuse au voisinage ou à distance de la tumeur épithéliomateuse.

En effet, il arrive souvent qu'au cours d'un cancer viscéral les ganglions sont envahis par des microbes d'infection secondaire qui pénètrent au niveau de la tumeur elle-même, ou par des bacilles tuberculeux venant de la tumeur et surtout des poumons.

Si la valeur de l'adénopathie sus-claviculaire pour le diagnostic du cancer du tube digestif est faible, celle de l'adénopathie inguinale peut être considérée comme nulle.

De tous les ganglions de l'économie, ceux de l'aîne, tributaires des membres inférieurs, des organes génitaux et de l'anus sont en effet les plus exposés aux irritations et aux infections répétées.

Chez presque tous les adultes, ils sont hypertrophiés et indurés, transformés par la sclérose. Survient-il une affection cachectisante, produisant l'amaigrissement, les ganglions de l'aîne deviennent très facilement accessibles à la palpation et leur induration peut être mise sur le compte de la transformation épithéliomateuse.

D'autre part, on a pu prendre pour des adénopathies cancéreuses des inflammations banales, tuberculeuses ou syphilitiques des ganglions inguinaux.

Les mêmes considérations s'appliquent aux adénopathies axillaires.

En résumé, les adénopathies à distance (adénopathies sus-claviculaires, inguinales ou axillaires dans les cancers des viscères abdominaux), ne peuvent servir au diagnostic de ces cancers.

Bien que leur existence ait été établie indubitablement par les travaux de Virchow, Oppolzer, Friedreich, Leube, etc.; en Allemagne, de Jaccoud, Troisier, Belin, etc.; en France, elles constituent des raretés cliniques.

Leur allure symptômatique n'est pas assez caractéristique pour qu'on puisse les distinguer sûrement des adénopathies liées à la tuberculose, à la syphilis ou à une infection banale. L'examen histologique des ganglions, qui seul peut entraîner la certitude, n'est pas applicable dans tous les cas en clinique.

L'adénopathie sus-claviculaire, loin d'éveiller l'idée de cancer, doit plutôt faire songer à la tuberculose. L'adénopathie inguinale éveillera l'idée d'une infection banale ou tuberculeuse des régions inférieures du corps et non celle d'un cancer du tube digestif.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Pommade au staphysaigre contre la gale (1). — Cadet de Gassicourt, dans le *Journal de pharmacie et de chimie* décembre 1850), rapporte que l'Académie des sciences a décerné à M. le Dr Bourguignon un prix de 12,000 francs pour un mémoire présenté par lui sur le traitement de la gale. Après avoir indiqué les divers remèdes usités contre la gale, même la pommade d'Helmerich, M. le Dr Bourguignon donne la préférence à la pommade de staphysaigre, qu'il prépare de la manière suivante :

On prend 300 grammes de staphysaigre pulvérisé, qu'on fait digérer dans 500 grammes d'axonge fondue pendant 24 heures, à la température de 100 degrés. Après digestion on passe.

Au sujet de ce *modus faciendi*, Cadet de Gassicourt fait remarquer qu'il serait préférable d'employer la poudre impalpable de staphysaigre et de la mélanger simplement à l'axonge par trituration.

Quant au mode de traitement, le Dr Bourguignon conseille de faire prendre au malade un bain tiède; puis de le frictionner avec la pommade quatre fois par jour sur toutes les parties du corps atteintes de démangeaisons et d'éruption.

Le bain et les frictions doivent être répétés quatre jours de suite. Les précautions d'usage doivent être prises pour les vêtements.

Formule contre l'acné vulgaire rebelle :

Résorcine		3 à 5 grammes
Amidon pulvérisé	ãã	5 —
Oxyde de zinc		
Vaseline		15 —

Appliquer cette pommades pendant la nuit; le matin, on l'enlève avec de l'huile d'olive et du coton. Cette pâte à la résorcine ne produit aucune irritation et l'effet s'en fait sentir souvent au bout de 3 jours. (*Un. pharm.* avril.) A. G.

(1) *Anjou médical.*

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

GYNÉCOLOGIE

Traitement de la blennorrhagie utérine. — Cette affection peut se présenter sous différentes formes qu'à bien étudiées M. Février (*Rev. Méd. de l'Est*, 1900). Tantôt elle s'observe sous la forme aiguë, en même temps que la vulvite chez les petites filles; dans ces cas, seule la muqueuse vaginale du col semble atteinte ; l'infection n'a pas envahi l'endométrium. Aussi cette forme guérit rapidement par l'antisepsie de la vulve et du vagin.

Dans d'autres cas, il y a en plus endométrite cervicale aiguë ; on observe alors tous les symptômes de la métrite et en particulier l'écoulement abondant et glaireux. Ces cas sont plus rebelles, cependant un traitement médical bien dirigé peut en venir à bout, sinon l'affection passe à l'état chronique.

La forme chronique est de beaucoup la plus fréquente, elle l'est parfois d'emblée, souvent elle succède à l'endométrite aiguë.

L'influence de la grossesse et de l'accouchement sur la blennhorragie du col est presque toujours néfaste. Les déchirures du col pendant le travail favorisent de nouvelles inoculations, ce sont les accidents puerpero gonorrhéiques. Lorsque la blennorrhagie envahit un col utérin déchiré par les accouchements antérieurs elle est toujours plus profonde que sur le col d'une nullipare.

Aussi, dans ces formes chroniques, les lésions sont-elles plus accentuées. L'utérus est volumineux, fréquemment dévié, le col gros, saignant, ulcéré, laisser écouler du muco-pus jaunâtre ou verdâtre très épais. Les douleurs ne sont pas très vives, cependant les malades accusent de la pesanteur dans le ventre, leurs règles sont irrégulières; elles viennent surtout consulter pour une leucorrhée abondante.

Cette forme de métrite du col résiste à la plupart des traitements médicaux et même au curettage, ce qui ne doit pas étonner puisque ces divers moyens n'agissent que superficiellement alors que l'infection est cantonnée profondément dans les glandes. C'est pourquoi, comme le propose M. Février, il faut recourir à une opération détruisant non seulement la muqueuse mais aussi les glandes.

Nombreuses sont les méthodes de traitement préconisées contre cette affection : toutes n'ont pas une efficacité égale, d'après l'auteur, qui appuie son opinion sur un certain nombre d'observations, l'opération de Schrœder est excellente dans ces cas, à condition qu'elle soit faite avec habileté et antisepsie ; ce n'est qu'à ces deux conditions qu'on obtiendra la réunion par première intention, et qu'on évitera les accidents de dystocie signalés à la suite d'opérations faites suivant une mauvaise technique ou avec une asepsie insuffisante. — J. H. M.

MÉDECINE INFANTILE

Les vomissements dans la diphtérie. — Le vomissement n'est pas un symptôme habituel de la diphtérie et doit toujours, lorsqu'il se produit, faire craindre quelque complication. Rolleston (*Clinical Journal*, janvier 1900), a étudié les causes de ces vomissements.

1° Un vomissement accidentel peut survenir une dizaine de jours après les injections de serum antitoxique; s'il est accompagné de douleur et de gonflement des jointures, d'érythème et de fièvre, il est facile de le rapporter aux accidents d'intoxication par le serum

A la même période, le vomissement peut indiquer un début de paralysie du voile du palais : la nourriture passe dans le larynx et amène de la toux et un vomissement : cet accident, s'il ne se produit qu'une ou deux fois, n'est pas dangereux. Il est même parfois utile en amenant l'expulsion des fausses membranes.

2° Des vomissements graves, répétés, peuvent apparaître à toute période de la diphtérie, au cours de l'angine et même trois mois après sa disparition.

Certains de ces vomissements peuvent être attribués à l'urémie, ainsi qu'il ressort des observations recueillies par Gee (*St-Bartholomew's Hosp. Rep., Vol. XXV, p. 69.*)

D'autres sont dus à une nèvrite du nerf vague. La symptomatologie permet parfois de reconnaître cette origine. Dans un cas de Rolleston, les vomissements étaient accompagnés de crises laryngées. Les crises gastriques de la névrite ressemblent souvent beaucoup à celles du tabes. Elles s'accompagnent parfois de douleurs abominales.

Enfin, elles peuvent succéder à d'autres localisations de la paralysie. Lorsque la névrite du pneumogastrique guérit, à l'excitation du début fait suite la dépression et la paralysie, d'où résulte une constipation tenace. L'existence de névrite du pneumo-gastrique a été démontrée histologiquement.

On pourrait aussi penser que les vomissements résultent de l'extension du processus diphtérique à l'estomac. La propagation par l'œsophage est pos-

Digitized by Google

sible, mais extrêmement rare. La gastrite a été démontrée histologiquement par Willy (*Medical chronicle* sept. 1889), au cours de la diphtérie, mais ces faits ne sont point fréquents.

Quoi qu'il en soit, le pronostic des vomissements persistants dans la diphtérie est très grave. La statistique de Mackenzie (*St-Thomas's Hôpital Reports, vol. XXI*), en fait foi.

Sur 36 cas, où les vomissements apparurent dans la première semaine, 34 furent suivis de mort; sur 35 cas, dans la seconde semaine, 31 morts; sur 12 cas, dans la troisième semaine, 7 morts; sur 12 cas, dans la quatrième semaine, 2 morts; sur 16 cas plus tardifs, 6 morts.

Les vomissements de la première semaine s'accompagnent souvent de faiblesse et de dilatation du cœur, tous symptômes également sous la dépendance de la névrite du pneumogastrique.

Afin d'éviter l'irritation de l'estomac qui provoque le vomissement, le malade doit être nourri par le rectum; mais après huit ou dix jours, le rectum devient irritable, les lavements alimentaires ne sont plus conservés et résorbés: il est donc nécessaire de revenir le plus tôt possible à l'alimentation par la bouche.

Les injections de strychnine, l'administration de petites doses d'alcool sont utiles pour soutenir les forces du cœur. La morphine peut être donnée pour calmer les vomissements. — E. L. M.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la fièvre pernicieuse hémoglobinurique. — On a beaucoup discuté sur le traitement de la fièvre pernicieuse hémoglobinurique, les uns considérant cette affection comme une des modalités de l'infection paludéenne et par suite comme justiciable du traitement quinique, les autres, au contraire, avec R. Koch, Tomasselli, mettant les symptômes observés sur le compte de la quinine; cet alcaloïde est, en effet, capable, au même titre que l'hydrogène arsénieux, la glycérine, l'acide pyrogallique, la méthylendiamine, etc., de provoquer de l'hémoglobinurie.

Basile Mousséos (Traitement des fièvres pernicieuses en générale et de la fièvre hémoglobinurique en particulier, Paris 1900), s'appuyant sur de nombreuses observations recueillies en Grèce, à Makri, où règne le paludisme, tout en reconnaissant que la quinine peut produire de l'hémoglobinurie, surtout chez les paludéens, n'admet pas l'existence de la fièvre ictérohématurique quinique, et attribue à l'infection paludéenne les symptômes généraux et l'hémoglobinurie des accès pernicieux.

En conséquence, il propose le traitement suivant qu'il a maintes fois expérimenté :

A la première période de l'accès pernicieux, on fait immédiatement deux injections de bichlorhydrate de quinine de 0,20 chacune, au niveau de la région splénique ou hépatique.

Quatre heures après, si les symptômes s'amendent on fait une seule injection de 0,25. Si l'état reste le même, ou si les symptômes augmentent d'intensité, on fait deux injections simultanées de 0,25 chacune.

Toutes les quatre heures, ces injections sont répétées, en se basant sur les mêmes indications, pendant vingt-quatre heures, jusqu'à ce que les symptômes aient disparu.

Si, après ce temps, quelques symptômes persistent encore, on fait toutes les huit heures, puis toutes les douze heures, une injection de 0,25.

Si, après deux jours, le malade est en convalescence, le chlorhydrate de quinine est donné à l'intérieur à la dose de 0,75 matin et soir pendant quatre jours, puis on diminue progressivement en dix-huit jours les doses de quinine.

Le traitement quinique doit être accompagné d'un traitement tonique : fer, quinquina, arsenic et strychnine.

Lorsque le médecin n'intervient qu'après le troisième ou quatrième accès, chez un malade affaibli, dans le collapsus, les injections de quinine, doivent être combinées avec des injections de sérum artificiel à haute dose.

Lorsque chez un malade traité dès le début des accès par la quinine, la fièvre pernicieuse amène cependant le collapsus, il faut cesser momentanément l'emploi de la quinine et se borner aux injections de sérum. — E. L. M.

CLINIQUE MÉDICALE

Le cœur alcoolique. — En considération de l'intérêt pratique que présente la connaissance du cœur alcoolique étudié récemment par M. Huchard (*Journal des Praticiens*, 1899, p. 794), il nous semble utile de publier l'observation suivante que nous avons recueillie dans notre clientèle et notée au jour le jour en janvier 1896. Le malade a été vu avec nous par M. Dreyfus-Brissac, et ce dernier nous a déclaré à ce moment que ce n'était pas la première fois qu'il voyait ce syndrome chez un alcoolique. Nous n'en avons pas revu de pareil depuis.

M. C..., âgé de 32 ans, autrefois cocher, actuellement marchand de vin-restaurateur, a eu une légère pleurésie à gauche, en octobre 1895, à la suite d'une période de 28 jours. Depuis, il a beaucoup engraissé et ne s'est jamais senti malade. Dans la nuit du 11 au

Digitized by Google

12 janvier 1896, entre 4 et 5 heures du matin, il est réveillé par une vive douleur dans le côté gauche du thorax et est pris aussitôt de vomissements. Un médecin requis par le service de nuit de la ville, lui fit appliquer des ventouses et parla de congestion pulmonaire. Appelé le lendemain à 4 heures du soir, nous trouvons un homme vigoureux, gras, de teint blafard, très agité, les extrémités froides et couvertes de sueur, la peau plutôt froide que chaude comme l'aurait été celle d'un fébricitant. A la base du poumon gauche, sur une étendue de quatre travers de doigt, on trouve de la submatité et on entend des râles fins, sans respiration soufflante. Le pouls bat à 132; il est petit et mou. La matité précordiale atteint le bord droit du sternum; la pointe bat dans le 5e espace intercostal dans la ligne mammaire. A l'auscultation, les bruits sont réguliers, un peu sourds, mais sans souffle. Le foie déborde les fausses-côtes de trois bons travers de doigt; il n'est pas douloureux à la pression, mais le creux épigastrique est très sensible. Il existe un peu d'œdème prétibial à droite, mais la jambe a été fracturée il y a deux ans; rien à gauche. La diurèse est très faible. Notre diagnostic inscrit le soir même, sur la fiche d'observation est: « Dilatation du cœur avec tachycardie d'origine non définissable; légère congestion à la base du poumon droit ». Nous prescrivons de la digitaline.

Le 12 janvier, nous apprenons qu'elle a été vomie, de même que tout ce qui a été ingéré, champagne, siphon frappé, etc. Nous trouvons le malade dans une agitation extrême, avec un pouls trop fréquent pour pouvoir être compté, donc sûrement au-dessus de 160. A l'auscultation du cœur, on entend un rythme fœtal; la matité est comme hier; il y a moins de râles à la base gauche. La langue est chargée et sèche; la soif est intense. Environ 300 grammes d'urines avec un épais dépôt d'urates, contiennent de l'albumine en assez forte quantité. Injection de 0 gr. 50 de caféïne, lait à petites doses.

A 5 heures du soir le malade est examiné avec nous par M. Dreyfus-Brissac; les vomissements et l'agitation persistent, la céphalée est intense; le cœur est un peu plus calme et l'embryocardie a disparu; mais le sujet se plaint d'une sensation de barre rétrosternale très douloureuse. En présence de ces symptômes urémiques, on prescrit: lavement purgatif, potion de Rivière, théobromine et sulfonal, avec du lait à petites doses.

A 8 heures le malade est plus calme, ne vomit plus; il a gardé 0 gr. 30 de théobromine. Le pouls est à 108, le premier temps au cœur est un peu soufflant, mais la douleur rétrosternale a diminué.

Malheureusement, ce mieux ne persiste pas; le lendemain à 4 heures du matin les vomissements reprennent, et l'agitation aussi. Le malade n'a pas uriné, et la jambe gauche est légèrement enflée. Le pouls est à 108, et le cœur comme hier soir. Lavement avec un litre d'eau fraîche, à la suite duquel il urine environ 100 grammes. Dans la journée le pouls monte à 140 et à 150, et devient arythmique. Obnubilation de l'intellect, myosis pupillaire. Nouvelle tentative avec la digitaline qui est vomie. Le soir la face et la main droite sont œdématiées, le pouls est misérable, le cœur bat 130 fois; à la pointe les bruits affectent un rythme pendulaire, mais le premier bruit est un peu plus fort que le second, de sorte que ce n'est pas la vraie embryocardie; à la base dédoublement du premier bruit. Pas d'urine du tout. Injection de 0 gr. 50, et deux heures plus tard de 0 gr. 25 de caféïne; à la suite le pouls devient un peu plus tendu, et la nuit est calme. La respiration pendant le sommeil est irrégulière: de profondes inspirations alternent avec des arrêts non rythmiques, et ne rappellent que de loin le type de Cheyne Stokes. Plusieurs lavements d'eau froide dans la nuit.

Le 15 janvier, je trouve environ 400 grammes d'urine; les pupilles sont un peu moins contractées; à l'auscultation du cœur le grand silence est plus marqué. Poudre de scille, digitale, scammonée; 1/2 litre de lait.

Vers le soir le patient se sent mieux et demande davantage de lait. Dans la nuit on me demande en hâte pour une syncope de laquelle il est revenu avant mon arrivée grâce à quelques frictions de vinaigre.

Il a un délire peu profond. Je lui injecte 0 gr. 50 de caféïne.

Le 16 janvier, il a rendu 1.150 grammes d'urines en 24 heures; le pouls est plus fort, le cœur bat régulièrement 96 fois, et n'offre rien de particulier à l'auscultation; mais la matité arrive toujours au bord droit du sternum. Lait et eau.

Mais le soir et la nuit tout change: le pouls redevient fréquent (140) et filiforme, et à l'auscultation on entend l'embryocardie typique; l'oppression est vive, les extrémités froides, les pupilles contractées, la face cyanosée et des taches bleuâtres apparaissent sur les jambes. Injections de 0 gr. 75 de caféïne, d'éther; café et lait chauds.

Le 17, même état avec allorythmie du cœur; absence complète d'urine, et malgré les piqûres d'éther, de caféïne, d'huile camphrée, ventouses scarifiées — en guise de saignée refusée par l'entourage — le malade meurt à midi.

En présence de ce cas, *non vérifié par l'autopsie*, il y a plusieurs questions à envisager. Celle de la pathogénie est la plus simple, et l'alcoolisme n'est pas à discuter: on ne peut pas être cocher et marchand de vin à Paris sans boire « par profession », et du reste le patient et son entourage avouaient qu'il buvait souvent, plus même que le métier ne l'exigeait.

Digitized by Google

Le second point plus scabreux est celui de savoir si c'est le rein ou le cœur qui était le premier paralysé par l'alcool ; avions-nous affaire à une parésie toxique du myocarde ou à une néphrite toxique massive suraiguë avec urémie ? Etions-nous en présence d'un rein cardiaque ou d'un cœur rénal ? Les deux étaient-ils lésés simultanément ?

A l'examen du malade, M. Dreyfus-Brissac a certainement incliné à considérer le syndrome comme d'origine rénale ; le traitement qu'il nous a conseillé le prouve. La médication a été suivie d'une amélioration parce qu'elle a augmenté la diurèse. Mais les cardiopathies primitives, arrivées à la période d'asystolie, sont améliorées aussi par la médication déplétive, qu'elle soit diurétique ou purgative, qu'elle évacue du sang (phlébotomie, ventouses), ou du sérum (mouchetures ou ponction). Dans les conditions où nous nous trouvions, *naturam morbi non ostendit curatio.*

Nous-mêmes, nous avions l'impression persistante d'être en présence d'une dilatation primitive du cœur, « d'origine non définissable », écrivions-nous alors, « d'origine alcoolique », dirions-nous aujourd'hui après la lecture de l'article précité de M. Huchard. Nos tentatives répétées, mais restées vaines d'administrer la digitale prouvent notre conviction. Du reste le fait, de voir le cœur, le foie, le rein atteints en même temps ne semble pas insolite, parce que Aufrecht l'a déjà signalé ; dans notre observation le poumon même a présenté des signes de congestion ou plutôt d'œdème : s'il s'était agi de congestion passive (poumon cardiaque), elle aurait siégé plutôt à droite qu'à gauche ; elle aurait persisté, car le cœur ne s'est jamais relevé suffisamment pour reconquérir des territoires perdus pour la circulation sanguine. S'il s'agit d'œdème ce fait plaiderait en faveur d'une névrite alcoolique du plexus cardiaque, corroborée par la douleur rétrosternale.

Le diagnostic clinique complet serait donc le suivant : névrite alcoolique du plexus cardiaque et aortique avec dilatation parétique de cœur et œdème du poumon ; insuffisance rénale secondaire et urémie accélérée par l'insuffisance fonctionnelle du foie due à une cirrhose hypertrophique alcoolique.

Dr A. Blind.

Injection sous-cutanée de benzoate de mercure (Desesquelle et Bretonneau) :

Benzoate de mercure.....	0 gr. 60
— d'ammoniaque.....	3 grammes
Cocaïne.....	0 gr. 12
Acide benzoïque	0 — 60

Eau Q. S. pour 60 centimètres cubes.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

De la répartition du goitre en France. — MM. Poncet et Mayet. La statistique des conseils de révision montre que les départements dans lesquels le goitre se montre le plus fréquent chez les conscrits, sont par ordre décroissant : la Haute-Savoie, la Savoie, les Hautes-Alpes, l'Ardèche, les Hautes-Pyrénées, les Basses-Alpes, la Corrèze, La Lozère, la Loire, les Landes, l'Ariège, les Basses-Pyrénées, le Cantal, l'Aveyron, l'Isère, etc... Ceux dans lesquels il est le moins fréquent sont le Gers, la Manche, l'Eure-et-Loir, la Seine, les Côtes-du-Nord, le Morbihan, le Finistère.

Les régions où le goitre se concentre avec une certaine fréquence, ne se sont pas sensiblement déplacées dans l'espace d'un siècle. Toutefois cette fréquence semble avoir diminué pour l'ensemble de la France.

Quant aux relations de fréquence du goitre et du crétinisme, dont les rapports de cause à effet sont si bien établis depuis quelques années, il n'existe aucun document permettant seulement de les soupçonner.

Hernie inguinale. — M. Championnière rapporte une observation de hernie inguinale double avec ectopies testiculaires abdominales. Solidité parfaite de la cure radicale au bout de 12 ans. Bon fonctionnement d'un testicule conservé. (*12 juin*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Fièvre typhoïde consécutive à la grippe. — M. Potain rapporte six observations de fièvre typhoïde nettement caractérisée, mais bénigne, s'étant déclarée chez les sujets atteints tout d'abord de la grippe. Il semble que dans ces cas, la période d'incubation ait été particulièrement longue, car les taches rosées n'apparurent que de 11 à 31 jours après le début des accidents dus à la grippe.

Cette coïncidence soulève une question d'un grand intérêt pratique au point de vue du pronostic Lorsque chez un sujet atteint de grippe manifeste on voit surgir les signes d'une fièvre typhoïde, faut-il y trouver l'indice d'un pronostic très aggravé, et le malade court-il un danger plus grand que celui qui résultait de la maladie première ? Si l'on en juge par les faits de M. Potain, il faudrait dire non, puisque tous les malades ont guéri sans difficulté. Il semble étrange qu'il puisse en être ainsi ; nous sommes habitués à tenir les affections secondaires comme les plus fâcheuses que ne le sont ces mêmes affections quand elles sont primitives et isolées.

Il semble que dans ces cas le bacille de la grippe suscite l'apparition de la grippe chez des sujets faiblement infectés, trop peu sans doute pour qu'il en résulte une forme grave de la maladie.

M. Ménétrier a observé plusieurs faits semblables : grippe d'abord, puis fièvre typhoïde courte, mais présentant comme un

Digitized by Google

résumé de tous ses phénomènes typhiques, terminée favorablement.

M. Widal a observé les mêmes faits et noté une longue période d'infection grippale avant l'éclosion de la fièvre typhoïde. La grippe préalable ne semble pas avoir été chez ses malades un facteur de gravité pour la fièvre typhoïde, car tous ont guéri sans avoir présenté la moindre complication redoutable pendant le cours de leur dothiénenterie.

M. Le Gendre. — Il est probable que le microbe de la grippe ou les troubles nutritifs qui accompagnent l'infection grippale favorisent l'infection par le bacille d'Eberth, c'est ainsi que l'on peut expliquer certaines dothienenteries contractées dans des salles d'hôpital par des grippés soignés auprès de typhiques.

Sur le début brusque de la fièvre typhoïde chez les enfants. — M. Sevestre. Il n'est pas rare de voir la fièvre typhoïde débuter par une température rapidement élevée chez les enfants, sans aucun phénomène prodromique. L'apparition des taches rosées est en général précoce, à la fin du premier septénaire. Cette opinion est d'ailleurs exprimée dans quelques ouvrages classiques, mais semble être tombée dans l'oubli ; comme il peut en résulter des erreurs de diagnostic, il est bon d'appeler l'attention sur ce petit point de pathologie infantile.

M. Widal. — Si la fièvre typhoïde chez l'adulte débute en général par une période d'incubation plus ou moins longue, elle peut par exception éclater d'une façon brusque et violente, et surprendre l'organisme en pleine santé. Il s'agit dans ces cas du début brusque de la période d'invasion. Le sujet passe brutalement de l'état de santé complète à l'état de maladie, en brûlant une étape, celle de la période d'incubation. Céphalalgie intense, frisson et fièvre, quelquefois vomissements, tels sont les symptômes qui marquent en général le début de la maladie.

Cure d'alimentation pour les tuberculeux à l'hôpital Boucicaut — M. Letulle. — *Mode d'alimentation des tuberculeux.* — Tant que leurs forces le permettent, mes tuberculeux prennent leurs repas au réfectoire, pièce claire bien aérée, bans laquelle les tables diversement disposées, avec leur nappe blanche, un service propre, quelques compotiers garnis de modestes desserts, quelques pots de fleurs (quand on en peut avoir), divers hors-d'œuvre communs, ou appartenant à chaque malade, donnent dès l'entrée, une impression agréable et solliciten1 gaîment l'ap pétit.

Tel est le décor, auquel on ne saurait trop tenir. Le rêve de mes grands malades est de pouvoir aller manger à table.

Les repas, quant à leur nombre et à l'heure qui leur est accordée, se répartissent mieux que dans les services ordinaires : multipliés, comme on va voir, ils permettent au malade de prendre moins à chaque fois, et occupent ses longues heures, ses trop longues heures de loisir. On ne saurait dire combien s'ennuient les ouvriers parisiens immobilisés par la maladie à l'hôpital. La multiplicité des repas est, à ce point de vue, une distraction. Voici le tableau des repas :

Au réveil, à 5 h. 1/2 : thé, lait.
Petit déjeuner, à 8 heures : soupe, poudre de viande.
Déjeuner, à 11 heures : 3 plats (café, 2 fois la semaine).
Goûter, à 3 heures : aliments froids, viande crue.
Dîner, à 5 h. 1/2 : soupe, 3 plats.
Souper (au coucher), à 8 heures en hiver et à 9 heures en été : Lait.

On remarquera que la répartition de ces repas en six séances me permet de donner la poudre de viande (facultative) et la viande crue (réglementaire, 130 à 150 grammes par jour) entre les grands repas. Nour arrivons ainsi à une suralimentation méthodique et graduelle, favorable au traitement et toujours prudente.

On notera, de même, qu'au déjeuner et au dîner, je donne trois plats et non deux, comme le règlement ordinaire des hôpitaux le comporte. Nous avons, en effet, obtenu de l'Administration, à titre d'essai, deux fois la semaine. Cette modification de l'ordinaire des malades est on ne peut plus favorable à leur traitement, en leur permettant un choix plus varié des mets et la satisfaction possible de « caprices » que les mauvais estomacs connaissent trop bien.

Le goûter de 3 heures est un des repas les plus agréables à nos malades : la viande froide, les hors-d'œuvre n'ayant pas été consommés au déjeuner, sont l'objet d'une grande faveur et nous n'avons, grâce à cette mesure, que peu de restes.

Choix des aliments. — Avec le budget fort restreint dont nous disposons à Boucicaut, petit hôpital d'à peine 200 lits, la variété des aliments est modérée, mais leur choix, bien qu'administratif (puisqu'il nous est difficile de sortir des plats de bœuf, veau et mouton obligatoires), est l'objet d'une attention toute particulière. Nous tâchons de varier le plus possible nos plats, dans les limites étroites où nous retiennent les règlements administratifs.

Je connais chaque jour le menu des repas et le conserve. Voici, par exemple, deux menus, l'un d'une semaine d'été, l'autre d'une semaine d'hiver.

Ils donneront une idée assez exacte de nos repas (déjeuner et dîner).

Menu d'une semaine d'été (10 au 16 juillet 1899)

Lundi. — *Matin*, cervelles au beurre, rôti de veau, purée de pois. — *Soir*, soupe, bœuf nature, purée de pommes de terre, sardines à l'huile.

Mardi. — *Matin*, beefsteacks, tête de veau à l'huile, lentilles, café. — *Soir*, soupe, thon à la sauce blanche, veau rôti, carottes au jus.

Mercredi. — *Matin*, bœuf miroton, saucisson, choux. — *Soir*, soupe, veau rôti, lentilles, cerises.

Jeudi. — *Matin*, hachis Parmentier (bœuf et pommes de terre), haricots blancs. — *Soir*, soupe, bœuf rôti, purée de pommes de terre, roquefort.

Vendredi. — *Matin*, lapin chasseur, salade aux œufs durs, gâteaux aux fruits, café. — *Soir*, soupe, poulet rôti, jambon, salade, pêches.

Digitized by Google

Samedi. — *Matin*, œufs frais à la coque, bœuf à l'huile, purée de pois. — *Soir*, soupe, melon, bœuf à la mode, riz au gras.

Dimanche. — *Matin*, mou de veau aux champignons, épinards, pêches. — *Soir*, soupe, rosbeef, omelette, salade.

Menu d'une semaine d'hiver (12 ou 18 novembre 1899)

Dimanche. — *Matin*, gras double, rognons sautés, salade avec œufs durs. — *Soir*, soupe, bœuf à l'huile, épinards, crème à la vanille.

Lundi. — *Matin*, veau rôti, hure aux pistaches, salade. — *Soir*, soupe, bœuf à l'huile, épinards au gras, sardines, café.

Mardi. — *Matin*, bœuf sauce tomates, haricots, pâté de foie gras. — *Soir*, soupe, veau rôti, merlans frits, purée de pommes de terre, poires cuites.

Mercredi. — *Matin*, bœuf champignons, choucroute, jambon. — *Soir*, soupe, bœuf sauce piquante, riz au gras, poulet.

Jeudi. — *Matin*, beefsteack, choux, sardines, beurre frais, café. — *Soir*, soupe, bœuf miroton, choucroute, pommes cuites.

Vendredi. — *Matin*, veau rôti, purée de pois, pruneaux. — *Soir*, soupe, jambon, maqueraux, maccaroni au fromage.

Samedi. — *Matin*, blanquette de veau, lentilles, rognons sautés. — *Soir*, soupe, bœuf nature, purée de pommes de terre, roquefort.

Il est inutile de noter que, toutes les fois qu'une salade les comporte, des œufs durs lui sont adjoints. Bref, nous usons de tous les prétextes pour donner aux malades l'occasion de se nourrir et le plaisir de choisir les mets qui leur plaisent le plus.

Si tels sont les moyens d'alimentation qu'on pourrait appeler *fondamentaux*, il en est encore d'autres, moyens *annexes*, pour ainsi dire, dont nous tirons grand profit. Certains, comme la poudre de viande, la viande crue et les œufs, jouent un rôle méthodique dans le régime alimentaire des malades.

La *poudre de viande*, délivrée, ainsi qu'on sait, *à titre de médicament*, est donnée chaque jour aux malades qui la supportent. Les trois marques dont je dispose à Boucicaut (Trouette-Perret, Adrian, Salvatose), se prennent, soit avec des jaunes d'œfs, soit dans le bouillon, la soupe et le lait.

Pour ce qui est de la *viande crue*, tous les malades indistinctement prennent, chaque jour, de préférence au goûter de 3 heures, les 130 à 150 grammes de viande crue que l'administration et le corps médical, concernant l'obtention d'une quantité suffisante de viande crue pour chaque malade, sera bientôt réglé. 300 grammes de viande de mouton représentent un minimum qui devrait être octroyé à tous nos tuberculeux : certains en consomment sans peine 400 grammes par jour. Cette viande crue devrait être de mouton, non de bœuf (à cause du ténia), et de choix, c'est-à-dire exempte des aponévroses, tendons et masses de tissu cellulo-adipeux qu'une viande mal hachée comporte invariablement.

Les œufs, accordés sur bons individuels, par l'administration, ne le sont, à mon avis, qu'en quantité très insuffisante. Les tuberculeux, une fois bien entraînés, arrivent à consommer chaque jour un grand nombre d'œufs, sous différentes formes.

Il est encore un moyen annexe d'alimentation qui, plus aléatoire, n'en a pas moins un grand intérêt. Je veux parler de l'alimentation supplémentaire *individuelle*. La plupart des malades de nos hôpitaux reçoivent beaucoup de visiteurs. Par une sage mesure, j'ai obtenu un choix réel dans les approvisionnements que les parents et amis apportent, jeudis et dimanches, à mes tuberculeux. Une simple feuille imprimée (distribuée les jours de visite à tous les visiteurs) les met en garde contre les sucreries, prohibe les alcools et les vins généreux (?), et recommande les aliments froids variés, riches en graisse ou excitants au goût (1).

Résultats obtenus. — Sur le nombre des grands phtisiques qui me sont confiés, quelques tuberculeux m'arrivent encore peu avancés, parfois même au début de leur mal, et, sur ceux-là, j'ai prise. Bien plus, la phtisie ouverte trouve, dans mes salles, bien souvent une accalmie réelle qui se manifeste non seulement par la disparition de la fièvre, mais encore par une augmentation de poids réelle, parfois même considérable.

En dressant la liste des tracés de poids, il m'a été facile de reconnaître qu'en règle générale les tuberculeux, à quelque période de leur maladie qu'ils arrivent, du moment où ils sont encore valides et quelque peu appétents, augmentent de poids dans les trois ou quatre premières semaines de leur séjour à Boucicaut. La misère qu'ils quittent, le repos et la bonne chère qu'ils trouvent, leur donnent, à l'ordinaire, un coup de fouet qui se caractérise sur les courbes par une ascension rapide, parfois même invraisemblable. On voit des malades reprendre, de la sorte, 7, 8, 9 et même 10 livres en deux à trois semaines.

De l'étude de mes 300 observations générales et des 80 cas où la cure d'aliments a produit, à un moment donné, un certain bénéfice dans l'état général et le poids des malades tuberculeux hospitalisés, découlent un petit nombre de conclusions pratiques :

1° La cure d'aliments, à l'hôpital, est facile, peu coûteuse, souvent des plus favorables, quelle que soit la période de la maladie pulmonaire ;

2° Les tuberculeux jeunes bénéficient le plus largement de la cure hygiénique à l'hôpital ;

3° L'accroissement de poids se manifeste surtout pendant les quatre à six premières semaines de l'hospitalisation ;

(1) Ce petit tableau à l'*usage des visiteurs*, ne représente pas la liste des aliments recommandés ou défendus *aux malades*, mais bien *aux personnes qui viennent les voir*. Il est fort simple :

Aliments défendus. — Gibier. Homards, langoustes, écrevisses. Vin, alcool, liqueurs. Bonbons, sucre d'orge. Biscuits. Prunes, groseilles, noix, noisettes, amandes.

Aliments autorisés. — Croissants, petits pains, chocolats. Confitures, sucre. Châtaignes et marrons cuits. Bière, café, thé. Cerises, fraises, abricots, poires, pommes. Gâteaux. Figues, dattes. Pâtisserie. Pain d'épice.

Aliments recommandés. — Fromages, crème, beurre. Rillettes, foie gras. Saucisson. Graisse d'oie. Jambon. Poulet rôti. Rosbeef et gigot froids. Œufs frais. Sardines, thon, maquereaux à l'huile. Huîtres. Oranges, raisins, pêches. Miel. Gâteaux secs.

Digitized by Google

4° Lorsque la courbe se signale par un plateau, après un accroissement notable, le départ du malade pour la campagne est nécessaire, l'hôpital ayant donné le maximum qu'on peut attendre de lui ;

5° Les tuberculeux hommes paraissent bénéficier beaucoup mieux que les femmes de la cure d'aliments à l'hôpital.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sur l'asepsie. — M. Poirier. La discussion en cours devait forcément appeler l'attention sur les inconvénients possibles de la fréquentation des amphithéâtres de dissection par les chirurgiens ou leurs aides. M. Poirier a depuis longtemps étudié cette question à l'aide d'expériences bactériologiques faites avec M. Charrin et plus récemment avec M. Lœper ; elles lui ont montré : 1° que les cadavres injectés se conservent et demeurent parfaitement stériles ; 2° que les parties dans lesquelles l'injection n'a pas pénétré ne tardent pas à se putréfier et sont d'un maniement dangereux.

Ces résultats ne peuvent surprendre, si l'on réfléchit que les cadavres de dissection sont saturés de glycérine phéniquée ou de chlorure de zinc. Personnellement, M. Poirier a pu pratiquer les interventions chirurgicales les plus délicates, quelquefois en sortant de l'amphithéâtre, mais après s'être soigneusement lavé les mains, sans gants de caoutchouc ni dommage pour les malades.

Au contraire, la salle d'autopsie est dangereuse ; là, le gant est de rigueur : toute opération doit être évitée après le séjour dans ce milieu septique.

M. Picqué. — Les expériences de M. Delbet ont montré que la désinfection des mains était possible, sinon facile ; toutefois il convient de s'abstenir de pratiquer la laparotomie, après un pansement septique.

La question de l'asepsie opératoire doit être élargie. En ville, toutes les plaies réunissent sans exception par première intention ; il n'en est pas de même à l'hôpital. Cela tient à l'organisation très défectueuse des services hospitaliers, organisation qui ne répond plus aux exigences actuelles de la chirurgie, d'origine récente, dont l'organisation est parfaite, la plupart ont besoin d'être réinstallés de fond en comble, suivant les lois de l'hygiène contemporaine.

Tuberculose rénale et cathétérisme urétéral. — M. Bazy. Le cathétérisme de l'uretère est inutile dans l'immense majorité des cas pour faire le diagnostic de tuberculose rénale, et de sa localisation sur tel rein ; il peut même être dangereux en provoquant des hématuries, un rétrécissement cicatriciel de l'uretère ou l'inoculation bacillaire d'un rein sain.

L'étude des symptômes présentés par le malade, l'épreuve par le bleu de méthylène permettent de faire ce diagnostic de façon beaucoup plus simple.

De plus, il ne suffit pas d'avoir diagnostiqué tuberculose rénale pour que l'intervention soit indiquée ; il faut, à défaut de pyonephroses ou de pyelo-néphrites, des hématuries rebelles dont la cystoscopie peut faire reconnaître l'origine, des accidents infectieux, de la fièvre, etc... (*6 juin*).

VARIÉTÉS

La science et le mariage

Par le Dr H. Cazalis

Au sortir des mois d'été passés dans la capitale, quel revivifiant bain d'air pour vos poumons, lorsque, à l'heure des vacances, le train vous dépose un matin dans une campagne, où des arbres non poussiéreux peuplent les vallées et les pentes. — La poitrine se dilate, un air la gonfle qu'embaument les fleurs des prairies ; on se sent revivre et malgré la fatigue du voyage, c'est d'un pied alerte que l'on gagne la petite maison enfouie dans les feuillages, qui va nous servir de domicile. Dans le domaine moral, de pareilles impressions se retrouvent. — Toutes les discussions, querelles, petitesses, tracasseries, où se complaît l'activité de l'homme des villes, combien elles semblent mesquines et s'oublient au contact des âmes simples, qui se contentent de suivre leur voie, d'un pied calme, loin de la fièvre et du tumulte des passions urbaines. — Après une lecture, la même sensation se fait jour. — Une œuvre tourmentée et frivole vous lasse ; on a soif de quelque chose de sain, de substantiel, de hautement et fermement pensé, — c'est un pareil désir que satisfait la lecture du nouveau livre de M. le Dr H. Cazalis : « La science et le mariage ». — Rien de plus net, plus décisif, plus profond.

Oh : je sais bien que des journalistes se sont fait des gorges chaudes à ce propos. Notre confrère ne proposait-il pas des garanties contre les risques du mariage ? Ne lui semblait-il pas que tout l'avenir d'une race était en jeu, dans le dédain dont les contemporains considèrent les conséquences d'une union entre conjoints dont l'un ou l'autre ne sont pas parfaitement sains ? La tuberculose, l'alcoolisme, les maladies vénériennes, l'aliénation mentale, que de périls pour les descendants, quand les père ou mère présentent sur leur personne des tares de cet ordre ?

En vérité, nul n'y contredit. Le mal, chacun le voit ou le regarde même comme inévitable. Toute erreur ou tout abcès social, existant depuis des siècles, passe par un tel jugement. Parce qu'il a précédé notre venue, on estime qu'il doive durer toujours et nous survivre. Allez-vous parler d'un remède ? Nul ne le réclame. Gare à l'innovateur qui entre en lice et se rebiffe ! Les gens d'esprit s'esclafferont à ses dépens. Tout ce qui est grand, généreux et le fruit d'une belle âme, offre prise à la dérision.

M. Cazalis ne demande pourtant que des choses très pratiques et dont l'utilité immédiate ne semble pouvoir être contestée : obligation pour tous de se présenter avant le mariage à un examen médical. Pour contracter une assurance sur la vie, pareille visite s'impose, et ici pourtant il ne s'agit pour la Compagnie que d'un risque pécuniaire à sauvegarder !

Quand entre en jeu une existence humaine et l'avenir d'une race, se montrera-t-on moins exigeant ? Par la naissance d'enfants chétifs et dégénérés, la richesse sociale est diminuée d'autant. La société ne peut-elle se défendre au même titre qu'une compagnie d'assurances, et ce que l'une réclame avant d'assurer la vie du contractant, l'autre ne peut-elle l'imposer avant d'autoriser la procréation d'êtres qui, sans cette précaution, risquent de tomber à sa charge ou d'amener la dégénérescence des générations suivantes.

Digitized by Google

Pourquoi ne pas interdire le mariage à tout malade atteint d'une maladie grave transmissible à la femme et à l'enfant à venir ? Je vous entends venir à telle enseigne : la liberté individuelle, qu'en ferez-vous ? Sans doute de par cette défense des intérêts particuliers seront liées ; mais, je vous le demande, ne sommes-nous pas une collectivité et pour que cette collectivité prospère, n'est-il pas juste que les individus violés soient sacrifiés à son bien-être général ? Nous ne sachions pas que l'avenir d'une nation doive tout entier être subordonné au libre désir de quelques-uns. Ils sont malades : tant pis pour eux. Ils ne se marieront pas. Ce veto, la science doit le prononcer. Demain la loi lui prêtera assistance pour assurer la promulgation décisive.

Qu'on le veuille ou non, nous entrons dans une période de l'histoire où de nouveaux dogmes vont être édifiés, bon gré, mal gré ; chacun sera tenu de se soumettre ! Comme le dit fort bien M. le Dr Cazalis, les progrès de la science, en nous indiquant les voies propres à détourner le mal, nous imposent l'obligation de l'écarter. Des devoirs nouveaux surgissent : une moralité neuve, inspirée par les nécessités à combattre, prend possession de la conscience humaine.

L'acte le plus grave de la vie, la procréation, l'homme, hier encore, le commettait en être impulsif, ignorant les conséquences. Cet acte, il convient qu'il en connaisse la portée ; à cet égard, des renseignements brefs d'hygiène conjugale pourront lui être fournis sur le livret de mariage qu'on délivre communément aux nouveaux mariés. La lecture des dangers concernant la transmission de certaines maladies pourra être suivie de quelque fruit. Il ne sera pas téméraire de conclure que pareille pratique ouvrira parfois des yeux aveuglés jusque-là. Cette fourniture toutefois d'un livret de mariage, muni de notes médicales, ne sera dans la majorité des cas qu'un palliatif insuffisant. Le marié n'en profitera que le mariage consacré et trop tard. Il vaut mieux qu'il soit averti auparavant ; il saura qu'il lui est interdit de se marier.

Telle sera la loi.

A coup sûr, on pourra, comme objection à l'efficacité de cette mesure, invoquer toujours la naissance d'enfants illégitimes qui se produira quoi qu'on fasse : cette éventualité ne laissera pas d'apparaître assez fréquemment. Si fâcheuse soit-elle, au moins offrira-t-elle l'avantage de se restreindre à un groupe d'unions qui n'ont pas encore, heureusement, la raison de résistance. L'union libre, espérons-le, ne sera pas celle de l'avenir ; la noblesse du mariage s'augmentera, au contraire, de tout ce que les exigences médicales y ajouteront de garanties de santé et de bonheur. En sorte qu'ici encore l'intérêt et la morale marcheront de pair.

Le livre de M. Cazalis soulève bien d'autres questions et des plus intéressantes. Nous y reviendrons un autre jour. Il nous suffit pour l'heure de rendre justice et d'applaudir chaleureusement à cette œuvre, d'une si haute philosophie et si féconde en applications morales. En écrivant son livre « La science et le mariage », M. Cazalis n'a pas seulement excité notre curiosité intellectuelle et notre sympathie, il a fait une grande et généreuse action. Par le temps qui court, l'éloge n'est pas banal. — Ch. Fiessinger.

BIBLIOGRAPHIE

Les médicaments chimiques, par L. Prunier, professeur à l'Ecole de Pharmacie, membre de l'Académie de médecine. Deux volumes chez Masson, éditeur.

Ce magistral ouvrage est divisé en deux parties, l'une traitant des composés minéraux, l'autre des composés organiques.

C'est, en somme, un traité complet de chimie, fait par un homme dont la compétence est connue de tous, et c'est certainement un des meilleurs traités de chimie que nous possédions ; mais ce n'est pas ce point de vue que nous désirons envisager dans notre analyse, nous désirons établir un jugement au point de vue médical. Sans doute, et nous devons bien faire cet aveu, les médecins ne connaissent qu'imparfaitement la chimie, et chaque jour, ils sont obligés d'y avoir recours soit pour formuler, soit-même pour connaître la composition, les propriétés, l'aspect, la solubilité des corps qu'ils emploient ou désireraient employer. Bien des fois, dans les livres que nous possédons, ces recherches sont infructueuses, car nous n'avons rien de complet. Nous en sommes réduits aux recherches dans les monographies ou dans les publications diverses que nous n'avons d'ailleurs toujours pas sous la main. Le livre de M. Prunier nous rendra cet immense service, qu'on y trouvera tous les renseignements et ce travail dont la précision n'a d'égale que la clarté, fait le plus grand honneur à son auteur et à la science française.

Précis de toxicologie clinique et médico-légale, par le Dr Ch. Vibert, expert près le tribunal de la Seine, chef des travaux d'anatomie pathologiques au laboratoire de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris. Un vol. chez J.-B Baillière, éditeur. — Le *Précis de toxicologie* de M. Vibert a été écrit surtout pour les médecins légistes et les cliniciens. La partie chimique de la toxicologie a été laissée de côté. C'est la *symptomatologie* qui forme la partie fondamentale de ce livre.

Pour ne pas fatiguer l'attention du lecteur, M. Vibert a cherché à la ranimer en intercalant dans le texte des observations typiques propres à donner une idée nette des principaux traits cliniques d'une intoxication. Parmi ces observations, il en est de récentes, de personnelles et d'inédites ; il en est d'autres qui ont été empruntées aux maîtres de la médecine légale : Orfila, Tardieu, Taylor, etc.

M. Vibert fait, de plus, entrer dans l'histoire de chaque poison un paragraphe consacré aux données expérimentales, sans dissimuler, le cas échéant, les incertitudes, les contradictions même que laissent encore subsister les études des physiologistes sur le mode d'action des substances toxiques. Les questions de diagnostic et de traitement sont également traitées avec détails.

C'est donc un livre de clinique, de pratique médicale qui se recommande de lui-même, en raison de l'importance des sujets qui y sont traités et que nous recommandons également, en raison des services considérables qu'il peut rendre aux médecins. Toutes nos félicitations à M. Vibert d'avoir, en publiant ce livre, rendu un immense service. — M. D.

La peste dans les temps anciens et modernes et son avenir en Europe, par le Dr Hauser. Un vol. chez Rueff.

Ce petit volume de 113 pages est une étude historique très intéressante de la peste que l'on suit à travers les siècles pris dans ces dernières années à Canton et aux Indes, qui occasionna la conférence de Venise. Puis nous voyons la peste à Alexandrie, et enfin à Oporto. M. Hauser termine par un chapitre sur l'avenir de la peste en Europe.

Cette étude, essentiellement épidémiologique, est des plus intéressantes et fait honneur à son auteur qui a déjà écrit des travaux analogues remarquables, entre autres sur le choléra. —

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 267, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Tenon. — M. le Dr BOURCY

Albuminurie orthostatique

Parmi les nombreuses variétés d'albuminurie indépendantes d'une altération matérielle du rein, il en est une qui, par la précision de ses symptômes, par la netteté de sa signification pathologique, par son individualité bien caractérisée, nous semble mériter une mention toute particulière. C'est l'albuminurie de la station debout ou orthostatique, la « postural albuminuria » des auteurs anglais.

Mais il faudrait bien se garder de ranger sous ce titre tous les faits dans lesquels l'albuminurie est simplement influencée par la position verticale; bien des albuminuries, brightiques ou non, seraient dans ce cas. Pour être légitimement qualifiée d'orthostatique, l'albuminurie doit être de celles que n'influencent ni le régime, ni la fatigue, ni les émotions morales, ni l'heure à laquelle l'observation est pratiquée, et qui reconnaissent pour cause immédiate, pour *condition à la fois nécessaire et suffisante* le passage de la position horizontale à la verticalité. Cette définition, dont les principaux termes sont empruntés à Teissier, nous paraît bien établir les limites étroites de l'affection.

Sans doute les faits de ce genre sont relativement rares : Tessier (1) dit n'en avoir recueilli personnellement que huit cas suffisamment nets; mais il est probable que les observations se multiplieront à mesure que l'attention mise en éveil saura mieux reconnaître et classer sous leur véritable nom des faits jusqu'alors méconnus ou insuffisamment étudiés.

Toujours est-il que depuis le commencement de l'année, j'ai pu observer, dans mon service de l'hôpital Tenon, deux exemples bien caractérisés et tout à fait comparables aux cas antérieurement étudiés.

OBS. I. — B... (Georges), dix-neuf ans, opticien, entre à l'hôpital Tenon, salle Lelong, n° 33, le 13 février 1900.

Antécédents héréditaires. — Son père, âgé de cinquante-huit ans, a toujours été bien portant, il habite la campagne et n'est ni nerveux ni alcoolique.

Sa mère, âgée de soixante ans, n'a jamais eu de maladie définie; elle se plaint seulement de vagues douleurs dans les reins.

Un frère est mort en très bas âge, un autre de la grippe en 1889. Deux frères sont encore vivants : l'un jouit d'une excellente santé, l'autre, qui tousse beaucoup et depuis longtemps, est vraisemblablement tuberculeux.

Antécédents personnels. — Le malade est né dans un village de la Meuse et est venu à Paris à l'âge de huit ans. Il n'est pas surmené, dit être sobre (1 litre de vin par jour au maximum), et ne présente d'ailleurs aucun signe d'alcoolisme. Jamais de maladies vénériennes.

Très bien portant jusqu'à il y a deux ans, il souffrit alors d'une attaque d'influenza, qui l'amena à l'hôpital; il en sortit guéri au bout de huit jours. Il affirme se souvenir qu'à cette époque, son urine, plusieurs fois examinée, ne renfermait pas d'albumine.

Le 31 *octobre* 1899, il revint à l'hôpital, dans notre service cette fois, se plaignant de fièvre, de courbature générale, de diarrhée.

L'examen organique ne révéla rien autre chose qu'une mobilité très accentuée du rein droit, qui n'était du reste ni douloureux ni augmenté de volume. L'urine renfermait une notable quantité d'albumine; pas de cylindres.

Le malade fut considéré comme grippé; l'albumine fut mise sur le compte de la grippe, et le régime du lait, avec 40 centigrammes de sulfate de quinine par jour, fut le seul traitement institué.

Le 2 *novembre*, l'albumine, le matin, avait disparu; les jours suivants (et l'observation dura plus d'un mois), elle reparut d'une façon intermittente, tantôt le matin, tantôt le soir, mais, faute d'avoir à ce moment l'attention en éveil, nous ne prîmes aucune précaution pour rechercher l'influence de la position horizontale ou verticale.

Néanmoins, assez intrigué par cette albuminurie intermittente, nous priâmes le malade, au moment de son départ pour Vincennes, le 13 décembre, de venir nous revoir prochainement. Il revint, en effet, le 30 décembre; nous l'invitâmes aussitôt, avant qu'il fût couché, à nous fournir de l'urine : elle était nettement albumineuse. Il se mit alors au lit, et, le soir, toute trace d'albumine avait disparu. Pendant les quatre jours suivants, le repos au lit fut strictement maintenu, et à aucun moment, l'albumine ne reparut. Le patient, se sentant très bien, réclama sa sortie et reprit son travail. Cette fois encore, j'étais resté en dehors du véritable diagnostic.

Le 13 *février* 1900, notre malade revint une troisième fois, se plaignant encore de fatigue générale, d'inappétence, de céphalée, de toux, de diarrhée, et faisant remonter à une huitaine de jours le début de ces phénomènes.

L'examen organique ne révélait que quelques râles ronflants ou sibilants disséminés dans les deux poumons. Il s'agissait évidemment de grippe : en deux jours d'ailleurs, tout rentra dans l'ordre.

Notre attention s'était surtout portée sur l'urine; au moment de l'entrée, l'albumine s'y trouvait en quantité notable.

Le lendemain, 14 *février*, le malade, après vingt-quatre heures de régime lacté, mangea de la viande et du pain, mais demeura couché : à aucun moment, l'albumine ne reparut; l'examen avait porté sur des échantillons émis à 6 et 8 heures du matin, et à 4, 6, 8 et 10 heures du soir.

C'est alors que j'eus connaissance du très intéressant travail sur l'albuminurie orthostatique, publié à cette époque par M. Teissier : ce fut pour moi un trait de lumière. Aussitôt je me mis en mesure d'étudier méthodiquement l'influence de la position sur l'apparition et la disparition de l'albuminurie.

Nos examens furent tous pratiqués au moyen de l'acide nitrique à froid (procédé du verre de Gubler), et contrôlés par la chaleur et l'acide acétique. Ne voulant admettre la présence de l'albumine que quand elle existait en quantité nettement appré-

(1) J. Tessier. *Les albuminuries curables*, Paris, J.-B. Baillière; 1900.

Digitized by Google

ciable, nous avons volontairement éliminé les réactifs les plus sensibles.

Voici les résultats obtenus :

Pendant la journée du 14, le malade, soumis au 4e degré du régime alimentaire de l'hôpital (vin, viande, pain), demeura couché, et, dans la nuit du 14 au 15, ne quitta le lit sous aucun prétexte : l'urine recueillie à 4, 6 et 8 heures du matin ne renfermait pas trace d'albumine. A 8 heures, lever ; à 9 heures, l'urine était déjà nettement albumineuse.

Le lendemain, 16 février, le malade, sur notre demande, s'était levé à 5 heures du matin : l'urine de 8, 10 heures, midi et 2 heures renfermait de l'albumine. A 2 heures du soir, coucher : à 4 heures, traces d'albumine ; à 10 heures du soir, néant.

Le 17 *février*, l'observation, par suite de circonstances indépendantes de notre volonté, ne put être poursuivie.

Le 18 *février*, le régime demeurant le même, le malade resta au lit jusqu'après la visite. A 8 et 11 heures, pas d'albumine. A 11 heures, lever. A 11 h. 1/2, l'albumine n'a pas encore reparu, mais, à 1 heure, elle se trouve en quantité notable.

Aussitôt après cet examen, coucher : à 5 heures, pas d'albumine, ou, plus exactement, traces douteuses.

Le 19 *février*, lever à 7 heures ; avant le lever, albumine, 0 ; urines de 2 heures, albumineuses. Coucher à 6 heures du soir : urines de 8 heures, pas d'albumine.

Le 20 *février*, lever à 7 heures. Urines de 7 heures, pas d'albumine. Toute la journée, le malade reste levé et se promène : les urines de 9 heures du matin, et celles de 3 heures, 6 heures et 8 heures du soir, sont nettement albumineuses.

Le 21 *février* au matin, avant le lever, pas d'albumine ; lever à 11 heures ; albumine dans les urines de 3 heures, 6 heures.

L'expérience fut prolongée quelques jours encore et donna invariablement des résultats concordants : après quelque temps de repos horizontal, pas d'albuminurie ; après un temps relativement court (une heure environ) de station verticale, albuminurie évidente ; après un nouveau repos (durée assez variable), nouvelle disparition de l'albumine. Vainement nous avons varié les heures de nos observations de manière à éliminer l'influence de la digestion, de l'activité cérébrale, de l'heure. . l'albuminurie s'est toujours montrée et dissipée d'une façon identique, la condition nécessaire et suffisante de sa disparition étant la position horizontale.

Nous étions donc bien en présence d'un cas d'albuminurie orthostatique : restait à examiner de plus près notre malade. Ses organes sont intacts ; ce n'est pas un tuberculeux, et rien ne le désigne comme prédisposé à la tuberculose (pas de facies vénitien, pas de variole antérieure, pas d'antécédents personnels ou héréditaires suspects) ; ce n'est pas un dyspeptique ; à peine présente-t-il un léger degré de dilatation gastrique. D'ailleurs, les caractères de son albuminurie intermittente ne sont nullement ceux de l'albuminurie digestive ou prétuberculeuse. Ce n'est pas non plus un nerveux ; sa sensibilité générale et spéciale est intacte, ses réflexes sont normaux, il n'a pas le moindre signe d'hystérie. Mais par contre, on relève chez lui des stigmates de dégénérescence : voûte palatine ogivale, adhérence du lobule de l'oreille... De plus, c'est un grand garçon, absolument dégingandé ; de très haute taille, 1m82, avec de très longs membres grêles, des extrémités démesurées, et un aspect infantile qui contraste d'une façon choquante avec son développement en hauteur. De plus, sa peau est flasque, ridée ; sa paroi abdominale est relâchée, quoique ses anneaux inguinaux soient solides et non élargis. L'intelligence est médiocre. Nul doute que nous n'ayons affaire à un dégénéré.

J'insiste d'autant plus sur ce fait que l'albuminurie orthostatique se voit de préférence chez des sujets malingres, nerveux, mal ou irrégulièrement développés.

J'ajoute que, pour établir l'état de la perméabilité rénale, nous avons fait l'épreuve du bleu de méthylène : le bleu apparut dans l'urine trente-cinq minutes après l'injection sous-cutanée d'un centimètre cube de solution à 1/10. Quarante-huit heures après, l'élimination était complètement terminée.

Notre deuxième observation ne nous paraît pas moins caractérisée.

Obs. II. — Elisa G..., dix-neuf ans, fleuriste, entre à l'hôpital Tenon, le 21 mai 1900, salle Bouillaud, n° 25.

C'est une grande jeune fille, bien constituée, intelligente, et qui présenterait, n'était un peu de pâleur du visage, l'apparence extérieure de la santé.

Ses antécédents héréditaires ne révèlent aucune tare, notamment aucune tare nerveuse ; elle-même ne présente aucun stigmate de dégénérescence, sinon un léger degré d'adhérence du lobule de l'oreille. Elle n'a jamais été, à proprement parler, malade ; il y a un an, elle fut seulement soignée pour de la chlorose.

Réglée à quinze ans, elle eut dès lors une menstruation toujours régulière.

Il y a six semaines, elle se sentit fatiguée, avec des douleurs vagues dans les lombes et un peu de céphalalgie ; c'est pour cela qu'elle se présenta à la consultation externe de l'hôpital : on y examina son urine, qui fut trouvée albumineuse. Le régime lacté fut conseillé et suivi, mais ne procura aucune amélioration. La malade revint plusieurs fois à la consultation : l'examen de l'urine dénota chaque fois de l'albumine en quantité notable. Elle se décida alors à entrer à l'hôpital, le 21 mai.

Le jour même on constate la présence de l'albumine.

Le lendemain, 22 mai, j'examinai la malade : elle se plaignait de courbature, de céphalée avec maximum occipital, de vertiges, de bourdonnements d'oreille, d'étourdissements quand elle se baissait...

Elle ajoutait qu'au réveil ses paupières lui semblaient gonflées ; à l'examen direct, le fait nous semble douteux. D'ailleurs, pas de phénomène de brightisme, petit ou grand ; pas de polyurie ni de pollakiurie, pas de sensation de doigt mort... Cependant, la malade dit qu'à certains moments, ses mains et ses pieds, ordinairement violacés, pâlissent et lui paraissent devenir tout à fait froids ; il semblerait qu'il y ait une ébauche d'asphyxie locale des extrémités.

L'examen des organes ne donna que des résultats négatifs : rien, absolument rien d'anormal du côté des poumons, du cœur, du tube digestif, du système nerveux...

Restait cette question de l'albumine, trouvée à diverses reprises à la consultation, et la veille au soir encore par mon interne. Je demandai un échantillon d'urine ; celui qui me fut fourni avait été recueilli dans la matinée, la malade étant encore au lit ; c'était de l'urine claire, sans dépôt, avec de légers flocons muqueux, je n'y trouvai pas trace d'albumine.

Instruit par l'expérience, je pensai de suite à l'albuminurie orthostatique et fis faire des investigations dans ce sens.

Voici les résultats obtenus ; par périodes de vingt-quatre heures, de midi à midi, le régime alimentaire comportant les aliments les plus variés, sans prohibition aucune.

Digitized by Google

Journée du 24-25 mai :

11 heures du matin (la malade couchée depuis la veille au soir); pas d'albumine.

2 heures du soir (debout); albumine.

4 heures du soir (debout); albumine.

7 heures du soir (debout); albumine.

5 heures du matin (couchée); pas d'albumine.

Journée du 25-26 mai :

1 heure du soir (malade levée depuis 11 heures); albumine.

5 heures du soir (debout); albumine.

8 heures du soir (debout); albumine.

7 heures du matin (couchée); pas d'albumine.

Journée du 26-27 mai : Ce jour-là, nous variions les heures de lever et de coucher.

Midi moins quelques minutes (la malade se lève); pas d'albumine.

1 heure (debout); albumine.

3 heures (couchée depuis 1 heure); pas d'albumine.

5 heures (debout); albumine.

7 heures (debout); albumine.

3 heures du matin (couchée); pas d'albumine.

Du 27 au 31 mai, la présence des règles nous obligea à suspendre nos observations.

Journée du 31 mai-1er juin :

3 heures du soir (debout depuis plusieurs heures); albumine.

4 h. 1/2 du soir (debout depuis plusieurs heures); albumine.

6 heures du soir (debout depuis plusieurs heures); albumine.

8 heures du soir (debout depuis plusieurs heures); albumine.

5 heures du matin (couchée); pas d'albumine.

On nota expressément ce jour-là que la quantité d'albumine augmentait à mesure que se prolongeait la station verticale.

Journée du 1er au 2 juin :

10 h. 30 du matin (la malade se lève); pas d'albumine.

12 h. 30 (la malade est assise dans un confortable fauteuil depuis 10 h. 30); pas d'albumine.

5 heures du soir (la malade se promène depuis 3 heures); albumine.

5 heures du matin (couchée); pas d'albumine.

On remarquera que la position assise, même au bout de deux heures, n'avait pas provoqué la réapparition de l'albumine, résultat que la position verticale, au bout d'un temps bien moins long, amenait infailliblement.

Le 2 juin, la malade, ayant vu disparaître par le simple repos et une bonne alimentation les symptômes pénibles qui l'avaient amenée à l'hôpital, réclama sa sortie; je la lui accordai, en lui demandant instamment de revenir de temps en temps. Elle me le promit, et, une fois au moins, a tenu parole. Je l'ai revue le 14 juin, à 10 heures du matin; elle venait de marcher; l'urine était albumineuse, à l'heure même à laquelle, lors du séjour à l'hôpital, au lit, l'albumine faisait constamment défaut.

Quelques mots encore sur les caractères de l'urine au cours de nos nombreuses analyses. Les échantillons étaient généralement ambrés, limpides; quelques-uns renfermaient du mucus, parfois même en très grande quantité. Nous avons remarqué, après d'autres (Teissier), que la présence de ce mucus (nucléo-albumine) coïncidait avec celle de l'albumine. Il n'y avait rien là de fortuit.

L'albumine était de la sérine. Jamais nous n'avons trouvé de globuline.

Reste maintenant et ce sera notre conclusion, à tirer de nos deux faits les enseignements qu'ils comportent.

Nos deux malades sont jeunes, dix-neuf ans; ils rentrent dans la règle, l'albuminurie orthostatique étant essentiellement une maladie de l'adolescence ou de la jeunesse. Ni l'un ni l'autre ne possèdent cette hérédité nerveuse si chargée que l'on rencontre d'ordinaire (il est vrai que sur ce point nous n'avons que les déclarations des intéressés, qui manquent naturellement de précision); mais cependant, ils ne peuvent ni l'un ni l'autre être considérés. nerveusement parlant, comme des types normaux : le jeune homme est manifestement un dégénéré; la jeune fille possède un système vaso-moteur particulièrement excitable, comme le prouve sa tendance à l'asphyxie locale des extrémités. Tous deux jouissent en somme d'une assez bonne santé, puisque quelques jours de repos et un bon régime alimentaire suffisent pour faire disparaître les symptômes de faiblesse générale et de dépression qu'amènent chez eux de temps en temps la fatigue et une hygiène défectueuse. Au point de vue des antécédents rénaux, l'un a eu de l'albumine au cours d'une affection antérieure (grippe); l'autre ne peut fournir de renseignement à cet égard; aucun d'eux n'a été atteint de maladie infectieuse grave (fièvre typhoïde, scarlatine). On sait, du reste, que ces affections, à déterminations rénales si fréquentes, manquent assez souvent dans les antécédents des orthostatiques pour qu'elles ne puissent être invoquées à titre des causes prédisposantes.

Enfin, l'un des frères de notre premier malade est vraisemblablement un tuberculeux; et ce fait de la tuberculose ayant été noté chez des collatéraux (Teissier), nous le reproduisons seulement à titre documentaire, sans tirer de conclusions.

Quant au pronostic de l'affection, notre expérience personnelle porte sur un laps de temps trop court pour légitimer une opinion quelconque; nous partagerions cependant volontiers l'impression de bénignité admise par la plupart des auteurs.

De même, pour préciser la nature et éclairer la pathogénie de cette singulière maladie, nous n'apportons aucun fait, aucun argument nouveau. Nous ne croyons pas qu'il s'agisse de néphrite ou de modification de la nutrition intime; la rapidité avec laquelle se montre et disparaît l'albumine étant incompatible avec l'idée d'une altération matérielle des épithéliums rénaux, ou d'un changement passager dans la dialysibilité des albumines du sang. Faut-il admettre l'influence de la pesanteur? C'est possible, vraisemblable même; mais nous pensons qu'il s'ajoute à cette action purement physique des phénomènes fluxionnaires d'origine nervo-motrice; il se passerait du côté du rein quelque chose d'analogue à ce qui,

Digitized by Google

dans la maladie de Raynaud, s'observe du côté des extrémités. C'est cette ingénieuse comparaison, empruntée à Teissier, qui nous paraît le mieux applicable aux faits.

A la suite de cette communication, M. Merklen a pris la parole au sujet de l'albuminurie orthostatique :

La question de l'albuminurie orthostatique est intéressante au triple point de vue de l'étiologie, de la pathogénie et du pronostic. C'est une forme assez commune, mais souvent méconnue d'albuminurie intermittente, parce qu'elle est habituellement latente. On la constate par hasard en examinant les urines pendant la convalescence d'une maladie infectieuse comme la scarlatine; ou bien on est amené à la rechercher chez un adolescent en croissance qui se plaint de fatigue, de vertiges, de douleurs de tête ou de reins, quelquefois de troubles dyspeptiques. Est-ce une séquelle de néphrite ou une une albuminurie fonctionnelle? Son apparition seulement sous l'influence de la station debout, son évolution ultérieure, l'absence de tout autre signe de néphrite, la connaissance de cas analogues dans la même famille, car c'est souvent une maladie familiale, permettent ordinairement de conclure pour la seconde hypothèse.

Le caractère essentiel et constant de cette albuminurie est sa disparition dans la position couchée, son apparition sous l'influence de la station debout. Le premier cas que j'ai observé et que j'ai présenté à la la Société clinique, en 1885, était des plus démonstratifs. Il s'agissait d'un adolescent que je suivais avec mon maître, M. Besnier, et qui avait été pris de vertige pendant une promenade à cheval. C'était un grand, lymphatique, à extrémités habituellement froides et cyanosées. L'examen nous montra qu'il était albuminurique, mais d'une manière intermittente; son albuminurie ne se produisait que sous l'influence de la station debout, qu'il suivît ou non le régime lacté. Sur ces entrefaites, il fut pris d'une congestion pleuro-pulmonaire des plus violentes, avec fièvre qui dura trois semaines. L'albuminurie, dont on pouvait redouter l'aggravation, fit défaut pendant tout le cours de cette maladie; elle ne se montra pas davantage au moment de la première alimentation, mais reparut le jour même du premier lever. Je rappelle ce cas parce qu'il remonte maintenant à seize ans, que l'albuminurie intermittente est allée en s'atténuant avec l'âge, qu'elle n'a pas empêché ce jeune homme de faire son service militaire dans un régiment de cavalerie sans que sa santé souffrît à aucun moment, qu'actuellement il est marié et bien portant. J'y reviendrai à propos du pronostic.

J'ai observé à l'hôpital deux cas d'albuminurie orthostatique que j'ai publiés avec le précédent, dans les *Archives de médecine*, en 1888; j'en ai vu un plus grand nombre dans ma pratique privée. Je la crois plus commune chez les garçons que chez les filles, et son maximum de frequence me paraît être entre dix et seize ans. On la constate surtout chez des sujets entachés d'hérédité nerveuse, comme l'a remarqué M. Teissier; elle existe communément chez plusieurs membres d'une même famille, frères ou cousins. Ce sont surtout des grands, à circulation imparfaite, à extrémités froides et cyanosées; mais elle se trouve aussi chez des sujets maligres et de petite taille. Ils sont quelquefois dyspeptiques, facilement atteints de dilatation par atonie stomacale; deux de mes petits malades atteints d'albuminurie orthostatique ont dû être opérés d'appendicite, d'ailleurs avec succès et sans complication opératoire. Mais ce qui domine chez eux, c'est l'atonie vasculaire. Mon premier malade avait été soumis à un examen ophtalmoscopique par Giraud Teulon qui, dans la note qu'il m'avait envoyée, avait écrit ceci : « Les veines rétiniennes sont relativement un peu turgescentes, ce que je traduis habituellement, pour ma gouverne, comme un indice d'atonie vaso-motrice. » Rapproché de la cyanose facile des extrémités, cet état du fond de l'œil est significatif. N'est-il pas rationnel de penser que l'albuminurie orthostatique est sous la dépendance de cette atonie vaso-motrice qui favorise la stase rénale dans la station debout? La clinique et l'expérimentation ont démontré que l'albuminurie, transitoire et légère est la conséquence inévitable des perturbations de la circulation rénale, qu'il s'agisse d'ischémie, de stase, ou même de simple ralentissement du cours du sang; la cellule rénale souffre quand il y a apport moindre de sang oxygéné; elle s'altère et laisse passer l'albumine, pour se régénérer dès que la circulation se régularise.

L'albuminurie orthostatique me paraît donc être une albuminurie due à la stase rénale provoquée par la station debout. Mais la stase n'est suffisante pour entraîner le trouble nutritif qu'en raison de l'atonie vaso-motrice habituelle. Et cela est si vrai que le phénomène diminue ou fait défaut quand les conditions générales de la santé sont satisfaisantes, qu'il s'accentue quand celle-ci fléchit. L'albuminurie orthostatique s'atténue avec l'âge, c'est-à-dire avec la fin des fatigues de la croissance; elle s'exagère par le surmenage, les émotions déprimantes, et même simplement pour quelques sujets, par le travail et le confinement nécessaire pour des études régulières. Elle peut disparaître pendant plusieurs mois, ainsi que je l'ai observé à maintes reprises, sous l'influence de la campagne, et mieux encore du séjour au bord de la mer ou dans la campagne.

(1) Soc. méd. hôp.

Digitized by Google

Je n'ai jamais observé, pas plus que M. Teissier, la transformation de l'albuminurie orthostatique en une véritable néphrite. Aussi, je considère son pronostic comme favorable. Le cas de mon premier malade est à cet égard des plus rassurants. Quant au traitement, ce doit être essentiellement un traitement tonique. Les préparations ferrugineuses et arsenicales, un travail modéré pendant l'hiver, le séjour à la mer ou la campagne en été, me paraissent être le meilleur traitement de l'atonie générale, dont l'albuminurie orthostatique n'est que la reproduction.

Pour faire suite à ce travail, et afin que nos lecteurs puissent avoir des notions précises sur la question, nous croyons utile de résumer en quelques mots les idées de M. Teissier (de Lyon) exposées dans un récent volume : « Les albuminuries curables » (Chez Baillière, éditeur).

Cette albuminurie de la station debout « postural albuminuria » des Anglais n'est pas très fréquente et M. Teissier n'a pu en recueillir que 8 cas assez nets. La littérature médicale est assez pauvre en documents, sauf les mémoires de Stirling, d'Oswald, les indications de Lécorché et Talamon, il n'y a guère que des observations isolées de Klemperer, de Merklen, de Marie, de Pribram, et enfin la thèse de Bertrand (1896).

L'albuminurie orthostatique vraie est celle que n'influencent ni le régime, ni l'exercice, ni les émotions vives, ni la fatigue cérébrale et pour la production de laquelle, le passage de la station horizontale à la verticalité est la seule condition nécessaire et indispensable, à tel point qu'il suffit, même en plein exercice, en plein travail digestif, de se remettre au lit pour qu'en l'espace de 40 à 50 minutes, au maximum, l'albuminurie ait disparu absolument, pour reparaître, d'ailleurs, au premier changement d'attitude.

Le régime lacté est impuissant à modifier cette albuminurie.

Les cas aussi nets sont peu communs ; les cas mixtes sont de beaucoup les plus nombreux, c'est-à-dire les cas où un ou deux facteurs nouveaux doivent se combiner à l'action de la station debout pour produire l'albuminurie, alors qu'agissant isolément, ils seraient incapables de produire ce résultat. C'est ainsi qu'un publiciste ayant eu autrefois des accès d'asthme alternant avec de l'albuminurie passagère, mais guérie depuis longtemps, pouvait marcher, se fatiguer, même se livrer à un travail intellectuel soutenu sans uriner de l'albumine ; mais il ne pouvait faire une conférence nécessitant un gros effort d'attention et parler debout sans avoir nettement de l'albuminurie qui disparaissait régulièrement une heure après.

L'albuminurie orthostatique et surtout une albuminurie des sujets jeunes ou adolescents, le plus souvent prédisposés par une tare héréditaire ou personnelle, sans que la chose soit nécessaire ; il y a eu ou non dans les antécédents, une scarlatine, ou dans l'hérédité, des brightiques, des albuminuriques cycliques. La tuberculose a été également observée ; mais ce qui est le plus important, c'est *l'hérédité nerveuse*.

L'albuminurie orthostatique est de la sérine, ne dépasse guère 0,50 centgr., ne s'accompagne pas de cylindres, mais existe en corrélation fréquente avec du *catarrhe vésical* ou des voies urinaires supérieures.

Quelques malades ont été débarrassés de leur albuminurie après 15 ou 18 mois d'attente ; mais d'ordinaire, on ne peut assigner un terme formel à la durée de la maladie.

Au point de vue de la pathogénie, il ne faut pas considérer cette albuminurie comme une néphrite ; Bertrand invoque l'action de la pesanteur et le ralentissement de la circulation rénale ; Tessier la considère comme un phénomène fluxionnaire rénal d'origine nervo-motrice, Marie admet la théorie de la névrose sympathique.

Au point de vue traitement, faire surtout de l'hygiène et de l'hydrothérapie ; restreindre le travail cérébral ; mais il est inutile et même nuisible de prescrire le régime lacté absolu. — M. D.

Causerie clinique & thérapeutique

Hôpital Necker. — H. Huchard

Bronchite et hémo-bronchite des uricémiques (1)

J'ai été récemment appelé à voir deux malades âgés de 35 à 40 ans, présentant des phénomènes morbides identiques, dont l'étiologie peut de prime abord sembler obscure et pour lesquels une erreur d'interprétation pathogénique conduit fatalement à une erreur thérapeutique.

Ils présentaient depuis dix ans environ, des bronchites à répétition, avec congestion pulmonaire (hémo-bronchites), caractérisées par des râles sibilants et ronflants répandus dans toute l'étendue de la poitrine, et accompagnées de foyers de congestion pulmonaire se manifestant à l'auscultation par ce que Collin (de St-Honoré), a étudié dès 1874, sous le nom de « froissement pulmonaire arthritique », en raison de la coexistence assez fréquente d'une pleurite sèche. La toux était incessante et s'accompagnait d'une expectoration gommeuse ; il n'y avait jamais eu de crachats striés de sang.

Contre cette bronchite tenace et à répétition, tous

(1) Causerie rédigée par M. le Dr Reille.

Digitized by Google

les médicaments avaient été inutilement employés. Les médecins des malades avaient successivement prescrit : les expectorants, kermès et scille ; les modificateurs des sécrétions comme terpine et térébenthine ; les calmants, opium et belladone. Rien n'amenant une amélioration sensible, les malades furent envoyés au Mont-Dore et à Saint-Honoré. Pendant le temps de la cure, il semblait y avoir eu une légère amélioration, mais elle n'était que de courte durée et tous les ans, les mêmes accidents broncho-pulmonaires se reproduisaient avec les mêmes caractères d'intensité et de résistance médicamenteuse.

Avant de parler de l'étiologie et de la pathogénie de cette affection, il importe de connaître le traitement que j'ai cru devoir instituer et qui causa tout d'abord un certain étonnement.

1° Alimentation lacto-végétarienne. — Prendre chaque jour au moins un litre de lait. Manger peu de viande, non faisandée et bien cuite, beaucoup de légumes.

2° Boire le matin à jeun un grand verre d'eau d'Evian ; vingt minutes après un second verre ; enfin encore vingt minutes après, un troisième verre ; le premier additionné d'un cachet de 50 centigrammes de théobromine, et le second de 0,25 à 0,50 centigr. de lycétol.

3° Faire pratiquer tous les jours ou tous les deux jours sur le corps, un massage méthodique et généralisé.

4° Prendre beaucoup d'exercice, faire des promenades à pied au grand air.

5° Comme cure thermale, faire une saison aux eaux d'Evian, ou encore à celles de Vittel, Martigny, Capvern, Contrexéville.

Ce qui causa l'étonnement, c'est que dans cette médication générale, je semblais délaisser absolument le symptôme dominant, la bronchite. Il n'en était rien cependant, comme on va le comprendre.

Il existe, comme on le sait, deux variétés de médications : l'une, celle du passé, qui a fait son temps est la *médication symptomatique*, dans laquelle le raisonnement n'entre pour rien, que tout le monde, même une personne étrangère à la médecine, pourrait prescrire sans peine en s'aidant d'un formulaire thérapeutique ou d'un dictionnaire. Au symptôme toux, l'on oppose, quel que soit le cas, les opiacés ou la belladone ; à l'expectoration insuffisante, le kermès ; à l'expectoration abondante, les modificateurs des sécrétions, la terpine et la térébenthine. De même, dans les affections du cœur, au symptôme arythmie, on opposera invariablement la digitale.

Ne voyant survenir aucune amélioration, on en accuse l'inconstance du médicament sans comprendre qu'on a fait fausse route. L'autre médication, la seule bonne, celle de l'avenir, est la *médication pathogénique* qui s'occupe, non du symptôme lui-même, mais de la cause efficiente de ce symptôme.

Dans les deux cas auxquels je viens de faire allusion, le symptôme dominant était la bronchite, contre laquelle la médication symptomatique avait complètement échoué, parce qu'elle s'était trop attachée à combattre un effet sans remonter à la cause, à la pathogénie.

Ces deux malades rentrent dans la catégorie des *uricémiques*, dont l'organisme produit beaucoup d'acide urique qui doit être éliminé par les urines. Quand l'élimination est normale et complète, l'état général est bon, mais si le filtre rénal ne remplit pas ou remplit mal sa fonction, l'acide urique reste en quantité trop considérable dans les humeurs, suivant l'expression des anciens auteurs, et aussitôt éclatent divers accidents dont la pathogénie est trop souvent méconnue.

Du reste, les variations de la santé chez ces malades, sont sous la dépendance immédiate de la dépuration urinaire. Souvent, ils présentent le phénomène des *urines alternantes* : pendant des périodes de dix ou quinze jours, les urines sont abondantes et claires, ne contenant que fort peu d'acide urique, et alors, le plus souvent, l'état de santé est défectueux ; mais ensuite les urines deviennent rares, épaisses, bourbeuses, rouges, briquetées : véritable débâcle d'acide urique qui s'accompagne, cela se comprend, d'une grande détente dans les phénomènes morbides.

L'acide urique est un poison à action vaso-constrictive à la périphérie et sur les vaisseaux à action congestive sur les organes internes. C'est là une notion trop oubliée et qui avait été bien mise en lumière il y a longtemps déjà par Gigot-Suard (1) qui considérait que si l'arthritisme est une diathèse congestive, c'est à la faveur de l'acide urique.

Cet auteur entreprit des recherches sur les animaux et, sur dix expériences faites sur les chiens, il remarqua que la présence dans l'organisme de l'acide urique en excès entraîne presque toujours des congestions au poumon et aux viscères, et voici sa conclusion : « De toutes les variétés de l'inflammation, la forme congestive est celle que l'on rencontre presque toujours sur les muqueuses... La muqueuse bronchique est une de celles qui ont été le plus souvent atteintes dans l'uricémie expérimentale ».

Enfin, de ses expériences, le même auteur tire encore la conclusion suivante : « La prédominance de l'hypérémie et la tendance aux dégénérescences organiques sont sous l'influence de l'intoxication urique ».

Cette action fluxionnante de l'acide urique sur les

(1) Gigot-Suard, *L'uricémie*, 1875.

Digitized by Google

muqueuses explique les diarrhées si fréquentes chez les arthritiques et les goutteux; car tous les goutteux sont des uricémiques (ce qui ne veut pas dire que tous les uricémiques soient des goutteux, mais ils marchent vers la goutte et sont au moins des prédisposés à cette affection). Sous l'influence de l'acide urique, il existe une congestion de la muqueuse gastrique et intestinale entraînant une diarrhée rebelle, contre laquelle échouent tous les médicaments symptômatiques et que fait disparaître une saison à Plombières.

Chez ces uricémiques, quelle que soit la manifestation de l'intoxication urique, la médication doit frapper aux organes qui occasionnent l'intoxication. C'est pourquoi chez les bronchitiques uricémiques dont il a été question, j'ai laissé de côté le symptôme bronchite, et je me suis attaché à pratiquer la médication de l'uricémie par l'alimentation, le massage, et les exercices physiques.

Pour ce qui est de l'emploi des eaux minérales, j'ai ordonné les eaux d'Evian ou encore de Vittel, de Contrexéville, de Martigny, de Capvern, que l'on n'a pas coutume de prescrire contre les affections broncho pulmonaires. La faible minéralisation de l'eau d'Evian, par exemple, est une des causes de sa grande efficacité, puisqu'elle favorise puissamment l'élimination rénale, et c'est justement pour cette raison que je la préfère aux eaux similaires.

Ce que j'ai cherché à provoquer, ce n'est pas une action directe sur la muqueuse bronchique, c'est une élimination sûre et rapide des principes toxiques, agents des congestions bronchiques et pulmonaires à répétition.

Il est une autre variété de bronchite survenant chez les arthritiques uricémiques, dont on a pu voir récemment un exemple dans le service, c'est la *bronchite sèche*, avec toux incessante et stérile, sans expectoration, avec absence souvent complète de râles, et une respiration sèche particulière. Dans ce cas encore, la médication symptomatique ne donne aucun résultat.

Les opiacés et la belladone sont absolument contre-indiqués et ne feront qu'augmenter les accidents, puisque le malade ne tousse que par manque de lubréfaction de la muqueuse bronchique et que ces médicaments auront pour résultat d'augmenter encore cet état. Il faudra donc, sous peine de rendre par l'emploi des opiacés, la médication complice de la maladie, n'employer qu'une substance agissant directement sur la sécrétion bronchique qu'il s'agit de provoquer.

Il n'y a qu'un médicament qui puisse remplir cette indication, c'est l'*iodure de potassium*. Chez cette malade, aux doses progressivement croissantes de 2 grammes à 2 grammes 50 centigrammes et même 3 grammes, la médication iodurée a fait cesser rapidement la toux, qui empêchait tout repos, ou du moins elle l'a remplacée par une toux avec expectoration facile, et tous les autres accidents ont disparu en quelques jours, alors que la malade souffrait, sans aucun soulagement, depuis plusieurs semaines. Il ne s'agissait pas ici de supprimer par les « calmants » ou les opiacés une toux opiniâtre, il fallait chercher à la modifier, à transformer une toux sèche en une toux humide.

Voilà donc un petit fait pratique qui a son importance; il prouve une fois de plus, que l'on abuse encore de la médication symptomatique et qu'il faut toujours s'élever jusqu'au traitement pathogénique. D'autre part, la notion de la bronchite uricémique démontre que la médication substitutive par les sulfureux n'est pas toujours indiquée, et qu'il faut avoir recours aux agents éliminateurs ou réducteurs de l'acide urique, ainsi qu'à un régime alimentaire et à une hygiène rationnelle.

ÉTUDE CLINIQUE

Du pouls lent syphilitique

Par le Dr M. Deguy, *ancien interne des hôpitaux*

La syphilis n'atteint pas le cœur seulement par la fibre musculaire, son tissu interstitiel ou ses vaisseaux, mais aussi par son innervation centrale, bulbaire, et c'est ainsi que l'on a pu observer du pouls lent permanent syphilitique.

Thornton a rapporté l'histoire d'un malade anémique soigné en 1872 d'une laryngite syphilitique aiguë; il fut appelé pour faire la trachéotomie et trouva un malade dont le pouls battait 40 à la minute; quelque temps avant, ce malade avait eu des accès épileptiformes; plus tard, le pouls oscillait entre 16 et 20, et des accès épileptiformes transitoires se montrèrent toutes les 15 minutes, variables en intensité.

De son côté, Regnard a observé un manœuvre de 39 ans, syphilitique et alcoolique et qui, huit ans après le début de sa syphilis fut pris d'un étourdissement qui dura deux minutes. Puis, les jours suivants, ces étourdissements, avec perte de connaissance, chute, se renouvelèrent, les extrémités des membres étaient cyanosées, le pouls battait 40 à la minute. L'auscultation ne présentait rien d'anormal.

Quelmé, dans sa thèse, rapporte une observation de M. Huchard; il s'agit d'un malade de 86 ans qui avait contracté la syphilis au régiment, en Afrique; ce malade à un pouls lent, à 40, des attaques synco-

Digitized by Google

pales, c'est de plus un aortique avec un double souffle systolique et diastolique à l'orifice aortique.

Récemment, M. Brissaud signalait un cas remarquable de pouls lent permanent syphilitique ; « Nous avions affaire à un jeune homme de 24 ans, dit-il, bien constitué, né de parents sains et qui, jusqu'à l'âge de 19 ans, n'avait jamais été sérieusement malade. En 1882, il contracta la syphilis et fut soumis à un traitement sérieux pendant quelques mois. Cinq ans plus tard, en 1897, à la suite d'un coup sur le nez, il eut un coryza prolongé pour lequel on ne crut pas devoir recourir au traitement spécifique. La suppuration était d'origine osseuse et cartilagineuse. Le malade se plaint de maux de tête, d'élancements violents dans la nuque. Il n'avait pas de fièvre, mais nous fûmes frappés par la lenteur de son pouls qui ne battait que 46. Traitement par les injections de calomel. Puis, surviennent des crises tenant à la fois de la syncope et de l'épilepsie. Surviennent des signes oculaires, on fait trépaner le malade, mais il meurt dans le coma.

« A l'autopsie, la moitié droite du cervelet renfermait une tumeur dure et jaune, d'aspect gommeux, enclavée dans la masse même du tissu nerveux, mais faisant saillie au niveau du lobule du pneumogastrique. En dehors, cette tumeur était immédiatement sous-jacente et adhérente aux méninges. En dedans, elle s'arrêtait à l'extrémité apparente du pédoncule moyen. Sur une coupe transversale, elle semblait un peu plus étendue, car elle atteignait le vermis sans le détruire ni le comprimer. »

Il y a deux ans, nous avons également pu observer dans le service de M. Labadie-Lagrave, un cocher d'une cinquantaine d'années, ancien syphilitique et alcoolique, qui avait de temps en temps des attaques syncopales qui l'empêchaient d'exercer sa profession, car il tombait de son siège. Le pouls, chez ce malade, oscillait entre 50 et 55. Il n'y avait aucune autre particularité à noter, si ce n'est du retentissement diastolique à l'aorte, un peu de surélévation des sous-clavières, les temporales et les radiales flexueuses.

C..., cocher, âgé de 62 ans, entre à la Salle Rayer (service de M. Labadie-Lagrave), le 14 juin 1898. Hérédité nulle. Comme antécédents personnels, nous relevons, en 1849, les fièvres intermittentes, en Afrique, pendant son service militaire. Contracte la syphilis, il y a 12 ans.

Il y a un an, il fit une chute d'un premier étage sur la tête, et porte une cicatrice datant de cette époque. Il entra alors dans le service de M. Labadie-Lagrave, qui constata, déjà à ce moment., les mêmes symptômes que nous observons aujourd'hui. Pendant qu'il était à la salle Rayer, il eut un volumineux anthrax de la région dorsale à gauche, dont nous trouvons encore la cicatrice.

Actuellement, le malade revient dans le service parce qu'il se plaint de maux de tête, de douleurs musculaires, d'étourdissements. Depuis 15 jours, il est tombé subitement trois fois d'attaques syncopales. Son état est tellement grave qu'il a dû déjà depuis un an, abandonner son métier de cocher.

A l'examen ; nous ne trouvons pas d'inégalité pupillaire, pas de rétrécissement du champ visuel, mais un léger cercle sénile.

Les bruits du cœur sont lents, le pouls à 56, régulier. Il n'y a pas d'hypertension artérielle manifeste, pas de surélévation des sous-clavières ; cependant un léger retentissement diastolique à l'aorte. La foie paraît normal, non douloureux. Les poumons ne présentent rien de particulier. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

Au moment de ses crises syncopales, le malade a des éblouissements, de la sensation du vertige, et il tombe sans connaissance pendant environ une demi-heure. Il a également des céphalées constrictives qui précèdent et suivent la crise. On lui donne de la trinitrine, et on le met au régime lacté. Le pouls est resté depuis son entrée jusqu'à sa sortie, 2 mois après, à 52 ; la céphalée a persisté, le malade peut se lever sans avoir d'éblouissements, et comme les accidents syncopaux diminuent de fréquence et d'intensité, il demande son exeat.

En somme, si on veut se résumer, on peut dire que la syphilis peut ralentir le cœur et déterminer du syndrome de Stokes-Adams de trois façons différentes ; ou bien par la production de tumeurs gommeuses bulbo-cérébelleuses ou bulbo-protubérantielles (Brissaud); ou bien par la production d'artério-sclerose ou de lésions artérielles à siège ou à prédominance bulbaire, ce qui est la majorité des cas ; ou bien comme l'avait observé Thornton, par des productions syphilitiques comprimant le pneumogastrique en un point quelconque de son trajet.

Thornton : Pouls lent permanent syphilitique. (Transactions of the clinical society *(London, vol. VIII p. 95 – 1872.* — Brissaud : Leçons sur les maladies nerveuses *(Paris 1899).* — Regnard : *(Th. de Paris 1890).* — Etournaud : Sur un cas de pouls lent permanent *(Th. Bordeaux 1892).* — Boyer : Contribution à l'étude de la maladie de Stokes-Adams *(Th. Paris 1898).* — Huchard : Formes frustes et associées de la maladie de Stokes-Adams *(Archiv. méd. sept. 1895).* — Quelmé : Contribution à l'étude des formes cliniques de la maladie de Stokes-Adams *(Th. Paris 1895).* — Mauget : Etude du pouls lent permanent *(Th. Paris 1899).*

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Injections mercurielles indolores :

Huile d'olive stérilisée.....	100 grammes
Biiodure d'hydrargyre..... .	0 gr. 50
Gaïacol synthétique pur.. . ..	2 grammes

Injecter chaque jour, ou tous les deux jours, 2 grammes de cette solution à la région fessière.

On doit faire l'injection en enfonçant l'aiguille de la seringue perpendiculairement à la peau et jusqu'à la garde, puis on injecte lentement. *(Bull. Pharm. Sud-Est.)*

Emploi du tellurate de soude contre les sueurs des phtisiques :

Tellurate de soude.....	0 gr. 10 à 0 gr. 20
Alcool.....	50 grammes

Une cuillerée à café matin et soir dans de l'eau sucrée.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

MÉDECINE INFANTILE

Diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez les jeunes enfants. — Le diagnostic de la tuberculose dans le bas âge, et en particulier chez les nourrissons, offre incontestablement de grandes difficultés qui viennent de l'ambiguïté des signes sur lesquels on doit s'appuyer. M. L. Bertherand a étudié dans sa thèse (*Paris* 1899) les symptômes cliniques et les recherches de laboratoire qui permettent de dépister la tuberculose des nourrissons.

La recherche des antécédents héréditaires ne peut donner que des signes de présomption. L'habitus du petit tuberculeux a une grande importance : les yeux sont brillants, les pupilles dilatées, voilées par de longs cils; les cheveux sont longs et soyeux et présentent souvent une coloration blond vénitien. Les petits tuberculeux sont des bébés tranquilles, tristes, taciturnes; ils se laissent facilement examiner. Le teint est pâle; la maigreur, les saillies osseuses donnent au bébé l'aspect d'un petit vieux.

Le ventre est gros, ballonné, empâté ; sous la peau roulent de petites nodosités lymphatiques fusiformes. Le thorax est étroit, les aines, les aisselles, les régions sus-claviculaires sont le siège d'une micropolyadénite généralisée (affection qui peut d'ailleurs relever d'autres causes telles que la syphilis héréditaire, les infections cutanées, la gastro-entérite chronique). Les doigts présentent des ostéo-arthropathies hypertrophiantes pneumiques ou un spina-ventosa. La peau est souvent le siège d'abcès froids, à évolution lente, qui sont tantôt des abcès tuberculeux, tantôt des abcès à staphylocoques.

Les petits tuberculeux sont sujets, comme les adultes, à des sueurs abondantes; les extrémités sont souvent refroidies et cyanosées, la fièvre manque souvent.

Les troubles digestifs sont peu marqués au début. La courbe des poids est irrégulière ; l'amaigrissement est parfois compensé par des périodes d'augment. L'hypertrophie du foie et de la rate, assez fréquente, n'a rien de spécifique.

Le pouls est souvent accéléré (130 à 150 pulsations sans fièvre).

Les urines ne sont que rarement albumineuses, mais presque toujours elles contiennent de l'indican, signe d'insuffisance hépatique et d'infection gastro-intestinale. La tuberculose du testicule est exceptionnelle.

La tuberculose pulmonaire peut évoluer sous trois formes principales chez le jeune enfant. 1° La phtisie aigüe granulique est plus fréquente que chez l'adulte. Elle peut être confondue avec une fièvre typhoïde; cependant le début moins rapide, la dyspnée plus intense, l'irrégularité de la courbe fébrile, les rémissions permettent de soupçonner la tuberculose ; le séro-diagnostic tranche la question lorsqu'il est positif.

La granulie peut prendre l'apparence d'une broncho-pneumonie aiguë ou d'une bronchite capillaire ; son diagnostic est extrêmement difficile.

2° La broncho-pneumonie caséeuse débute, en général, d'une façon lente; la fièvre est moins élevée, les signes stéthoscopiques moins marqués que dans la broncho-pneumonie non tuberculeuse. (Quelquefois elle débute comme une pneumonie aiguë, mais la défervescence ne se fait pas au septième jour, et l'affection continue à évoluer. L'irrégularité du début tient à ce que le processus caséeux est parfois réveillé et accéléré par une infection pulmonaire aiguë banale.

L'intensité de la dyspnée en désaccord avec le peu d'étendue du foyer broncho-pneumonique, la rareté des signes de catarrhe, des râles sonores ou sous crépitants, les grandes oscillations et le peu d'élévation de la courbe thermique, font penser à la tuberculose. Le pouls est souvent en désaccord avec la température ; très rapide avec une température peu élevée ou inversement. La marche est souvent longue, traînante, entrecoupée de rémissions.

Le diagnostic est parfois difficile, même à l'autopsie. Cependant, devant un poumon lourd, congestionné, dont la surface est marbrée et couverte de petites saillies granuleuses, formant cupule à l'extrémité des bronches, on peut affirmer la tuberculose ; encore plus caractéristique est la découverte d'une cavernule du poumon ou d'un ganglion caséeux du médiastin.

3° La phtisie ulcéreuse commune n'est pas, d'après M. Hutinel, aussi rare que l'avaient dit Cadet de Gassicourt, Aviragnet, etc. Mais elle est souvent difficile à reconnaître à cause de la diffusion des lésions qui ne se localisent pas toujours au sommet. De plus, l'enfant ne se laisse pas toujours examiner facilement et les signes délicats d'auscultation sont par suite impossibles à rechercher.

La déformation du thorax, rétréci à la partie supérieure, élargi à la base n'a rien de pathognomonique ; ce caractère se retrouve chez les rachitiques et chez des enfants porteurs de végétations adénoïdes du rhino-pharynx. L'atrophie des muscles du thorax, des intercostaux, des pectoraux, des sus et sous épi-

Digitized by Google

neux est difficile à constater chez le jeune enfant ; cependant le Pr Hutinel signale l'atrophie des muscles intercostaux. Les veines du thorax et du cou sont souvent assez développées à cause de la gêne circulatoire produite par l'adénopathie trachéo-bronchique.

La recherche méthodique des vibrations thoraciques est impossible. La percussion ne donne que des renseignements vagues et n'indique pas la nature de la lésion. L'auscultation même, si importante chez l'adulte, est souvent peu utile chez l'enfant.

L'inspiration rude et l'expiration prolongée se rencontrent assez souvent chez des enfants sains, la localisation au sommet n'a qu'une faible importance car les bronchites vulgaires s'y localisent fréquemment, et d'autre part, les poussées congestives tuberculeuses prédominent souvent à la partie moyenne du poumon autour des ganglions bronchiques caséeux.

Les signes pseudo-cavitaires s'observent très fréquemment chez les enfants en dehors de la tuberculose pulmonaire, dans la dilatation des bronches, et même dans des affections où les excavations font absolument défaut, dans la pneumonie et surtout dans la pleurésie purulente.

Les hémoptysies sont exceptionnelles dans l'enfance ; l'hémorrhagie bronchique se traduit plutôt par du melœna. Rilliet et Barthez ne l'ont jamais observée dans la tuberculose cavitaire chez des enfants. Elle relève plutôt de la gangrène pulmonaire ou de l'ulcération des vaisseaux du hile par des ganglions bronchiques ramollis.

L'adénopathie trachéo-bronchique, miroir des lésions pulmonaires, ne fait jamais défaut et modifie souvent la symptomatologie de la tuberculose pulmonaire infantile par son importance.

La fièvre fait souvent défaut ou est très irrégulière dans cette forme, on observe encore un désaccord entre le pouls et la température ; entre la dyspnée et l'étendue des lésions pulmonaires.

La marche est très lente, entrecoupée de rémissions peut-être même peut-elle guérir.

La difficulté du diagnostic de la tuberculose pulmonaire par les signes cliniques nécessite l'emploi de méthodes particulières.

Les injections sous-cutanées de tuberculine ont été employées avec avantage par Hénoch, Schreiber, Epstein, Escherich, Landouzy, Hutinel et son élève Gaffié, etc.

L'injection doit être pratiquée aseptiquement dans la région de la fesse avec de la tuberculine fraîche diluée au millième ; un centimètre cube de cette solution représente 1 milligramme de tuberculine ; on commencera toujours par un dixième de milligramme. Si l'injection ne provoque pas de réaction, on recommence après quelques jours avec deux dixièmes, puis avec quatre dixièmes de milligramme. On ne devra jamais dépasser un milligramme, suivant Epstein, dans ces conditions, l'emploi de la tuberculine est sans danger.

La réaction thermique apparaît, en général, douze heures, quelquefois seulement 24 heures, après l'injection ; cela dépend surtout, suivant le Pr Hutinel, du moment où a été faite l'injection, la réaction ayant tendance à se produire au moment de l'élévation physiologique de la température. L'élévation thermique est accompagnée d'accélération du pouls, de fluxion au pourtour des lésions tuberculeuses, au niveau des lupus cutanés surtout.

Les injections de sérum artificiel provoquent quelquefois, ainsi que le Pr Hutinel l'a démontré, une réaction thermique chez les tuberculeux. Sirot a proposé d'utiliser cette réaction inoffensive pour le diagnostic de la tuberculose. Mais les observations de Combemale, de Blache, de Delteil et Carrieu, de Fraikin et Ruard, ont montré que cette réaction était absolument aléatoire. Elle peut se produire d'ailleurs dans d'autres maladies : Le Pr Dehove l'a notée chez des sujets atteints de sciatique, Bosc chez des cholériques. Enfin, il résulte des observations du Pr Hutinel, de Bertherand, que ces injections ne sont pas toujours inoffensives chez les tuberculeux. Elles ne doivent donc point être employées au diagnostic de la tuberculose.

La recherche des bacilles dans les crachats, si utile chez l'adulte, est impossible chez l'enfant qui n'expectore pas et déglutit ses crachats. On a donc cherché à se procurer par différents procédés des mucosités bronchiques. Kossel a recherché le bacille tuberculeux dans les selles. Demme, Kauffmann, Morkovitine, Bulius vont chercher les mucosites au niveau de l'orifice supérieur du larynx avec des tampons d'ouate fixés sur une sonde courbe. Ces procédés sont souvent infructueux.

H. Meunier extrait les crachats de l'estomac par un lavage à l'eau bouillie fait le matin à jeun et obtient ainsi des résultats positifs dans tous les cas de tuberculose ouverte. On peut aussi vider l'estomac par un vomitif, mais ce moyen a pour inconvénient d'abattre les enfants. Le lavage de l'estomac, facile à pratiquer est le procédé de choix.

Reste enfin l'étude radioscopique et radiographique que Bouchard et Claude, Béclère ont appliquée au diagnostic de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Chez les bébés, cette étude est très difficile, tant à cause de l'indocilité des sujets que de la transparence du squelette. Pour se placer dans les meilleures conditions, Bertherand conseille d'employer un tube de Crookes mou, de suspendre l'enfant par la tête au moyen de l'appareil de Sayre, et d'appliquer exacte-

Digitized by Google

ment le dos de l'enfant contre l'écran ou la plaque sensible.

Même avec ces précautions, la radioscopie ne fournit aucun renseignement, si les lésions pulmonaires sont peu avancées, la radiographie donne des résultats incertains. L'examen par les rayons X, qui semble de peu d'utilité pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, mérite cependant d'être pratiqué car il permet assez bien de déceler les épanchements pleuraux dont le diagnostic est si difficile chez les enfants. — E. L. M.

CLINIQUE MÉDICALE

Dilatation congénitale idiopatique du colon. — Cette observation concerne un enfant de trois ans vigoureux, intelligent, qui depuis sa naissance n'avait souffert d'aucune autre affection qu'une constipation opiniâtre alternant de temps en temps avec une courte période de diarrhée. La distension de l'abdomen ayant débuté cinq mois après la naissance était représentée à l'entrée à l'hôpital par les chiffres suivants : 0 m. 63 de circonférence à l'ombilic, 0 m. 70 dans la portion la plus élargie de l'abdomen. Les contours du colon fortement dilaté étaient parfois nettement visibles. Malgré les traitements les plus variés pour calmer la douleur et combattre la *dilatation* du colon et la constipation il fallut, au bout de trois semaines de séjour à l'hôpital, pratiquer une colotomie. L'évacuation de gaz et de matières fécales fit disparaître en quelques jours la dilatation et le ventre avait presque repris ses dimensions normales quand l'enfant, épuisé par une diarrhée ancienne, mourut au cinquième jour de l'établissement de l'anus iliaque (Crozer Griffith in *Amer. Journ. of Med. sc.*, 1899).

A l'autopsie il n'existait aucun rétrécissement. L'auteur a recueilli 23 observations de dilatation du colon qu'il dénomme dilatation congénitale idiopathique en raison de la précocité de son apparition et de l'absence constante de rétrécissement.

Dans ces 24 observations, il s'agit 20 fois de garçons, 4 fois de filles; la mort survint 18 fois dans l'enfance. Il n'y eut que deux guérisons dont l'une suivit l'établissement d'un anus iliaque.

Ces 18 autopsies et la colotomie ont donné des renseignements d'une uniformité frappante : énorme dilatation du gros intestin siégeant deux fois sur la seule anse sigmoïde, deux fois sur l'anse sigmoïde et sur les portions voisines du colon, sur le colon entier dans tous les autres cas. Le rectum était quelquefois également dilaté. Les parois de l'intestin dilaté étaient presque toujours hypertrophiées.

Notons enfin le calibre à peu près normal de l'intestin grêle et la présence d'ulcérations sur la muqueuse du colon quand on avait constaté une diarrhée rebelle et mortelle. — E. B.

Sténose syphilitique de l'estomac. — Les ulcères syphilitiques de l'estomac sont connus et des exemples en ont été signalés par Andral, Chiari, Virchow et récemment par Dieulafoy.

Les tumeurs sont à peine signalées et jusqu'ici n'ont été que des trouvailles d'autopsie, elles sont confondues avec les cancers. L'auteur en cite deux cas survenus l'un au cours de la 2e année d'infection, l'autre au cours de la 18e et qui guérirent, dès que le diagnostic en put être établi, sous l'influence du traitement mixte. (Einhorn, *Philad. Med.* 1900).

Dans ces deux cas, il s'agissait d'une gomme perceptible très nettement à la palpation tandis que dans l'observation qui suit la gomme encore perceptible présentait cette particularité d'obturer le pylore et de réaliser une sténose pylorique qui mit la vie du malade en danger et ne disparut qu'après l'établissement du diagnostic de sa nature et du traitement :

Homme de 37 ans, atteint de syphilis à l'âge de 30 ans et traité pendant plusieurs mois. A 34 ans, apparition de symptômes dyspeptiques et bientôt de douleur après les repas et parfois de vomissements. Au cours de la dernière année, il n'a pu se nourrir que d'aliments liquides et a perdu 28 livres de son poids.

Dilatation de l'estomac qui s'étend jusqu'à la symphyse pubienne. Péristaltisme gastrique très visible. Tumeur du volume d'un œuf de pigeon sous le bord costal droit, sur la ligne mammaire.

Malgré tous les traitements employés la tumeur a persisté. L'iodure de potassium à dose quotidienne de 10 grammes fait, en 14 jours, diminuer la tumeur et la douleur, disparaître les vomissements.

Après un mois de traitement, la tumeur n'était plus perceptible, l'amélioration générale était grande. Bientôt la nourriture solide fut supportée et en 4 mois le poids s'accrut de 18 livres.

Cette observation de sténose pylorique syphilitique paraît être la première qu'on ait publiée et sans doute ne serait pas longtemps unique si on la recherchait systématiquement. On aurait chance de la rencontrer quelquefois dans ces cas de sténose pylorique qui ne récidivent pas après l'intervention chirurgicale. — E. B.

Un cas unique de pityriasis versicolor. — Un médecin cubain portait depuis quinze ans sur la paume de la main gauche quelques taches noires.

Une seule apparut d'abord et s'accrut lentement; peu à peu, d'autres taches semblables survinrent à

Digitized by Google

côté et grandirent progressivement. (Gottheil in *Med. Record 1899*).

Incolores toujours, ces taches n'avaient subi aucune modification dans ces dernières années. Elles consistaient en macules rondes, discrètes, de couleur presque noire, fusionnées par places en taches plus grandes desquamant finement. Au-dessous des squames, l'épiderme avait une apparence et une couleur normales.

Des applications médicamenteuses variées n'avaient pu guérir ces macules qui disparaissaient seulement, et pour 24 heures, par le râclage de la peau avec une lame de couteau.

L'examen microscopique décela le mycelium et les spores du microsporon furfur.

Deux particularités à noter dans ce cas :

1° La localisation absolument unique du pityriasis qui faisait défaut sur tout le reste du corps; la possibilité de cette localisation aux pieds et aux mains est niée par les auteurs classiques.

2° La coloration *presque noire* des taches pityriasiques; cette particularité est bien moins importante que la première, car elle s'explique simplement par la fixation des poussières atmosphériques ou des objets en contact avec la main.

Il est donc certain que le microsporon furfur peut exceptionnellement se fixer et fructifier sur les parties découvertes et résister aux lavages et aux agents thérapeutiques. — E. B.

OBSTÉTRIQUE

Traitement des rétentions placentaires consécutives à l'avortement par le tamponnement intra-utérin. — La conduite à tenir en face d'une malade qui vient de faire un avortement avec rétention du placenta est très discutée; l'expectation a ses défenseurs, l'intervention immédiate également. Notre collègue le Dr Grosjean (Th. Paris. 1900), passe en revue ces différentes méthodes, les critique et conseille le tamponnement intra-utérin tel que le pratique son maître M. Bonnaire.

L'expectation armée consiste à attendre les complications s'il en survient; le placenta peut ainsi rester un temps assez long dans l'utérus. S'il n'y a pas d'infection, on se contente d'une antisepsie rigoureuse; lorsque l'infection se produit les partisans de cette méthode conseillent les injections intra-utérines et le curage digital, réservant le curettage aux cas d'infection grave.

Le curettage d'emblée rallie de nombreux suffrages, mais tandis que les uns lui reconnaissent deux indications formelles, l'hémorrhagie et l'infection, ce qui en somme revient à l'expectation armée, d'autres, en particulier Doléris, conseillent l'intervention hâtive, même en l'absence d'hémorrhagie et d'infection, donnant pour raison qu'il n'est pas indifférent de laisser un placenta dans l'utérus, et qu'il vaut mieux prévenir les complications par une opération immédiate que de les attendre. Les adversaires du curettage l'accusent d'être dangereux, d'exposer aux perforations de l'utérus, d'être souvent insuffisant et surtout de n'être pas à la portée de tous les praticiens. C'est pourquoi un certain nombre d'accoucheurs lui préfèrent le curage digital, qui consiste, après avoir dilaté le col, à aller détacher toutes les parties du placenta, que l'on extrait en totalité ou par fragments.

Grosjean préfère à ces différents procédés la méthode préconisée par Bonnaire, le tamponnement intra-utérin, qui agirait non seulement comme agent hémostatique, mais encore comme excitateur du muscle utérin dans le but d'amener l'expulsion du placenta retenu.

Le tamponnement est fait de la façon suivante : Après antisepsie de la vulve et du vagin et cathétérisme de la vessie, on applique une valve sur la paroi inférieure du vagin, on va avec l'index gauche à la recherche du col dont la lèvre antérieure est prise au moyen d'une pince à deux mors et abaissée doucement jusqu'à la vulve et on fait une injection intra-utérine. Pour le tamponnement on se sert d'une longue mèche de gaze iodoformée large de 6 à 7 centimètres; on confie la pince à un aide afin de porter la main sur l'abdomen pour fixer l'utérus, on saisit une extrémité de la mèche avec une longue pince et on l'introduit dans l'utérus. Lorsque l'avortement est récent on va d'emblée et facilement jusqu'au fond de l'utérus, mais dans les cas anciens et dans les avortements de moins de trois mois on rencontre souvent un obstacle au niveau de l'orifice interne d'abord, puis plus haut au niveau de l'anneau de contraction. Par une pression lente et douce on arrive à franchir cet obstacle et à pénétrer jusqu'au fond de l'utérus où on laisse la mèche, en retirant doucement la pince, on reprend la gaze un peu plus loin et par la même manœuvre on l'introduit dans la cavité utérine et l'on répète jusqu'à ce que l'on ait bourré l'utérus, car pour que ce tamponnement soit efficace il faut qu'il soit fait très serré.

Cette méthode aurait divers avantages. Tout d'abord elle ne nécessite pas l'anesthésie; de plus, elle met à l'abri de deux complications graves de la rétention placentaires, l'hémorrhagie et l'infection; enfin elle provoque, et c'est là l'effet recherché, l'expulsion du placenta. Le tampon agirait comme corps étranger sur le muscle utérin, qui sous cette influence se contracte et se rétracte; en plus le tampon maintient

Digitized by Google

le col ouvert et permet au placenta de sortir lorsqu'il est refoulé par le corps de l'utérus.

Autre avantage de cette méthode, c'est qu'elle est à la portée de tous les praticiens, il n'en est pas de même pour les autres opérations.

Les résultats du tamponnement utérin sont très satisfaisants; sur 13 cas dans lesquels l'a appliqué Grosjean, il a provoqué 12 fois l'expulsion du placenta dans un laps de temps variant de 7 à 24 heures; quatre fois seulement on a dû le renouveler au bout de 24 heures.

Sans doute cette méthode nécessite, pour être jugée d'une façon absolue, le contrôle de nouvelles observations, mais cependant, comme le prouve Grosjean, elle peut dès maintenant entrer dans la pratique obstétricale. — J. H. M.

Lithiase biliaire et puerperalité. — Les relations de la lithiase biliaire avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches ne sont pas connues depuis très longtemps; il faut arriver à Willemin qui en 1862 mentionne le rôle de la grossesse sur la colique hépatique. M. Durand-Fardel fit plus tard la même remarque et M. Huchard en 1882, dans un très intéressant travail montra qu'il y avait une relation de cause à effet entre la lithiase et la puerpéralité; il rattachait ce fait à l'arthritisme dont la grossesse appelle les manifestations. Sur le même sujet parurent ensuite le mémoire de Cyr, la thèse de Mme Berling-Hering, le travail de Dreyfus-Brissac, enfin, plus récemment, une intéressante étude du Dr Rambert (Th. Paris, 99). Ce dernier affirme la relation de cause à effet entre la grossesse et la lithiase biliaire, à cause de la fréquence des coliques hépatiques pendant la puerpéralité, et de leur première manifestation à cette période.

Les coliques hépatiques apparaissent au cours ou à la fin de la grossesse, ou dans les suites de couches, mais dans plus des deux tiers des cas, elles suviennent après l'accouchement à une date variant de quelques jours à un mois et demi.

La pathogénie n'est pas encore bien élucidée; d'après Rambert les différentes causes invoquées jusqu'ici, ralentissement de la nutrition, arthritisme, erreurs d'alimentation et de régime, vie sédentaire, suppression de la lactation, compression du foie, ont une certaine influence, mais il ne croit pas qu'elles jouent le principal rôle. Ces accidents lithiasiques relèvent d'une infection des voies biliaires, comme dans la lithiase biliaire en général, et leur fréquence pendant la puerpéralité résiderait dans ce fait que pendant la gestation l'infection biliaire est favorisée, par les troubles gastro-intestinaux engendrant des modifications du liquide biliaire et exaltant la virulence des microbes, par la compression des voies biliaires par l'utérus gravide amenant la stase biliaire, enfin par les modifications de la cellule hépatique entraînant un certain degré d'insuffisance fonctionnelle du foie.

L'infection biliaire se traduirait par de l'angiocholecystite catarrhale et desquamative, qui est la condition première de la formation des calculs, comme l'ont démontré les recherches cliniques et expérimentales.

Les coliques hépatiques pendant la grossesse et les suites de couches ne présentent rien de particulier au point de vue clinique, l'ictère y est assez rare. Leur pronostic est assez bénin, elles n'interrompent pas le cours de la grossesse. L'apparition de l'ictère cependant aggrave le pronostic, surtout s'il est intense et persistant, car il peut entraîner l'avortement ou l'accouchement prématuré; il peut même, lorsque le rein et le foie sont touchés, revêtir la forme grave et amener la mort.

Le diagnostic, facile dans la plupart des cas, présente parfois quelques difficultés; on se basera sur les caractères des douleurs, des vomissements, sur l'absence de la température, sur la présence de l'ictère aux niveau des conjonctives, ou de calculs dans les selles pour différencier les coliques hépatiques d'affections telles que les crises gastriques, les coliques néphrétiques, appendiculaires, intestinales, salpingiennes, saturnines, un début de travail et d'accouchement prématuré, la péritonite, l'infection puerpérale, l'éclampsie.

Le traitement consistera à administrer des calmants au moment des crises; la morphine sera excellente. Mais on n'oubliera pas le traitement prophylactique qui doit viser un double but : prévenir la formation des calculs, ce qu'on peut obtenir par le régime lacté et l'antisepsie intestinale; faciliter l'élimination des calculs formés au moyen des chologogues.

Quant au traitement thermal, Rambert pense avec Senac et M. Huchard qu'on devra être très prudent pendant la grossesse; après l'accouchement on pourra conseiller une cure à Vichy.

Enfin, en cas d'ictère, s'il y a menaces d'accidents, on sera autorisé à intervenir pour provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. — J. H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Désinfection des puits par le permanganate de potasse. — M. Delorme. On sait qu'une solution de permanganate de potasse, de 5 à 10 centigr. par litre d'eau, non seulement détruit en oxydant toute matière organique, mais encore stérilise sûrement cette eau en tuant tous les organismes vivants. Pour atteindre ce résultat, il est nécessaire

Digitized by Google

d'obtenir une couleur rosée persistant une demi-heure. Il se forme un composé brunâtre d'oxyde de manganèse tout à fait inoffensif, qu'il est facile d'entraîner en mêlant à l'eau du charbon de boulanger pilé au mortier.

M. Delorme a mis en œuvre ces notions d'hygiène pour désinfecter les puits du camp de Châlons dont l'eau, restée inutilisée depuis trois ans, était corrompue.

Le volume d'eau du puits à désinfecter étant connu, il y faisait verser 10 gr. de permanganate de potasse préalablement dissous, par hectolitre d'eau. Quand, au bout d'une demi-heure, un échantillon prélevé indiquait que l'eau conservait la couleur lie de vin, on projetait dans le puits de la braise pilée, mêlée de 3/4 de sable désinfecté à l'étuve. Au bout de 3 à 4 jours, la désinfection était assurée, le charbon déposé, l'eau clarifiée. Le puits était ensuite épuisé pour faire disparaître les moindres traces de l'antiseptique et, lorsque l'analyse bactériologique ne montrait plus qu'une faible quantité de microbes et l'absence de microbes pathogènes, l'eau était déclarée bonne et le puits livré à la consommation.

Après l'épuisement du puits et le renouvellement complet de l'eau, celle-ci ne renferme plus de potasse ; il n'y a donc aucun danger à redouter de ce côté.

Rage chez un enfant, traitement à l'Institut Pasteur ; mort. — M. Lemaistre, de Limoges. Il s'agit d'un enfant de 9 ans, cruellement mordu à la face par un chien. La plaie fut aussitôt lavée à l'alcool, puis avec une solution de sublimé et suturée ; elle était guérie le sixième jour. Le lendemain 10 mars, le propriétaire du chien était lui-même mordu légèrement à la main. L'animal fut alors abattu et reconnu enragé. Le 11 mars, les deux personnes mordues partaient pour l'Institut Pasteur, où le traitement, commencé le 12, fut continué durant 21 jours.

L'enfant, de retour chez ses parents, se porta très-bien durant 12 jours ; mais le 13 avril à la suite d'une aspersion inattendue d'eau froide sur la tête, il fut pris des premiers symptômes de la rage et succombait le 18 avril des suites de cette terrible maladie.

M. Nocard. — Le cas est certainement malheureux, mais il ne doit pas faire oublier les bienfaits du traitement antirabique. Avant Pasteur, sur 100 personnes mordues par des chiens enragés, 15 au moins mouraient de rage. Depuis Pasteur, parmi celles traitées à l'Institut, il n'en est mort que 0.45 pour 100. L'efficacité du traitement pastorien n'est donc pas contestable ; on peut dire qu'il n'existe rien de comparable en médecine.

Intoxication saturnine par l'eau d'une pompe. — M. Lemaistre de Limoges, rapporte l'observation d'une famille de cultivateurs qui pendant plusieurs mois, fut intoxiquée par l'eau d'une pompe dont les tuyaux en plomb mesuraient 10 mètres d'étendue. Malgré la longue durée de cet empoisonnement nettement caractérisé par les stigmates du saturnisme, aucun décès ne survint dans cette famille. — (*19 juin*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Brûlure du pharynx simulant la diphtérie. — M. Le Gendre rapporte l'observation d'une femme de 34 ans, entrée à l'hôpital pour des hématémèses abondantes, des douleurs d'estomac, qui tout d'abord firent penser à un ulcère de l'estomac. Dès le lendemain, elle allait mieux ; mais la situation s'était compliquée d'une angine à fausses membranes, tapissant tout le pharynx et l'isthme du gosier. La culture sur sérum de cet exsudat fournit des colonies d'un bacille court n'offrant pas tous les caractères du bacille de Lœffler. Néanmoins, comme cette femme avait eu cinq mois avant un enfant atteint du croup M. Le Gendre lui injecta 20 cent. cubes de sérum de Roux. Le soir même elle rejetait une membrane volumineuse, en partie tubulée que l'on crut sortie de la trachée. Le lendemain l'aspect de la gorge restant le même, nouvelle injection de sérum. Cinq jours après la gorge était complètement détergée.

A ce moment un phénomène nouveau attira l'attention et vint donner la clef de ces accidents. La malade commençait à éprouver une grande gêne de la déglutition ; elle avoua alors que trois jours avant son entrée, elle avait avalé quelques gorgées d'une solution d'acide chlorhydrique, pour se suicider. Les plaques blanches de la gorge n'étaient autres que les escarres produites par le passage du liquide caustique ; les hématémèses étaient dues à son action directe sur la muqueuse de l'estomac ; enfin la membrane tubulée expulsée n'était autre que la muqueuse œsophagienne sphacélée. Cette dernière lésion détermina un rétrécissement tel de l'œsophage que l'on dut créer une fistule gastrique pour nourrir la malade.

Adénopathie sus-claviculaire gauche et axillaire. — M. Troisier présente un homme de 30 ans, atteint d'adénopathie sus-claviculaire et axillaire gauches. Il existe de plus une masse de la grosseur d'une orange, dans l'hypochondre droit, mobile, peu douloureuse. Cet homme digère bien, n'est pas cachectique ni tuberculeux. S'agit-il d'un cancer viscéral ? Il est impossible de se prononcer encore à ce sujet. — (*15 juin*).

Albuminurie orthostatique. — M. Bourcy. Voir page 417.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Procédé nouveau de rhinoplastie. — M. Nélaton. La plupart des méthodes employées jusqu'ici pour la restauration du nez, avec ou sans support osseux ou métallique, restent insuffisantes. Au bout d'un certain temps le nez s'écroule et tout est à recommencer. Il a conçu le procédé suivant, applicable toutes les fois qu'il reste une ogive nasale de 7 à 8 millimètres de saillie, ce qui est le cas habituel.

Premier temps. Un lambeau en fer à cheval est taillé autour du trou béant formé par la destruction du nez. L'incision est commencée sur la joue droite à un travers

Digitized by Google

de doigt et en bas de l'orifice osseux de la fosse nasale. Elle monte directement en haut en suivant le sillon naso-génien, passe à 6 millimètres en dedans de la caroncule lacrymale, et monte sur le sourcil, qu'elle divise, puis sur le front toujours directement en haut, et devient légèrement oblique pour atteindre sur la ligne médiane la racine des cheveux. L'incision de gauche est reprise de bas en haut pour aboutir au même point.

Deuxième temps. Le lambeau frontal est disséqué au bistouri et séparé de l'os à sa pointe et sur les bords seulement. Un aide retroussant un de ces bords du lambeau, le chirurgien creuse au niveau un sillon, qui entoure la lame externe du diploé, de bas en haut, depuis le sinus frontal jusque vers la pointe du lambeau. La même chose est faite du côté opposé. Alors avec un ciseau plat et mince, le chirurgien s'efforce de décoller cette mince lame externe du diploé de haut en bas en cheminant dans l'épaisseur de l'os. Arrivé près des sinus frontaux, il sépare complètement de l'os cette lame qui adhère au lambeau sur une longueur de 3 centimètres. Puis la dissection est continuée au bistouri et les os propres du nez sont mis à nu sur une étendue de 6 à 10 millimètres, suivant que l'ogive nasale est plus ou moins conservée.

Troisième temps. La scie à arbre attaque les os propres du nez et divise l'apophyse montante du maxillaire supérieur en se dirigeant légèrement de haut en bas et d'avant en arrière. La lame suit une ligne qui part de 1 centimètre en avant de l'épine nasale antérieure et supérieure et se dirige vers la 2e molaire. Elle s'arrête un peu en dessous du trou maxillaire supérieur.

Quatrième temps. Une gouge coudée, placée de chaque côté dans la plaie, brise la racine de l'apophyse montante. Cette section du ciseau doit être faite timidement et incomplète. Le chirugien en abaissant le lambeau et l'auvent nasal, complète la fracture de façon que cette apophyse montante reste un peu engrénée et adhérente par quelques fibres osseuses au corps du maxillaire.

Cinquième temps La pointe du nez formée par le sommet de l'ogive nasale est alors saisie avec une pince et maintenue en position par un aide : le lambeau, suturé sur ses parties latérales aux bords des incisions géniennes, façonne un nez dont la saillie dorsale est donnée par le copeau osseux détaché du frontal.

Il reste sur le front un espace elliptique que l'on comblera facilement avec des greffes de Thiersch.

Kystes hydatiques de l'abdomen. — M. Mignon, du Val-de-Grâce. Il s'agit d'un militaire de 24 ans, atteint d'une volumineuse tumeur fluctuante médiane, occupant toute la région hypogastrique et plongeant dans le petit bassin. M. Mignon porta le diagnostic de kyste retropéritonéal et pratiqua la laparotomie médiane sous-ombilicale. Il s'agissait en effet d'un kyste hydatique qui donna issue à 1500 gr. de liquide clair et à une dizaine de petites vésicules de la grosseur d'une cerise. La membrane germinative fut extraite. La poche adventice plongeait dans le petit bassin, adhérait à de nombreux organes; son extraction était impossible ; ses parois furent accolées l'une à l'autre aussi loin que possible, et le ventre refermé. Les premiers phénomènes de choc traumatique et de décompression du ventre furent assez sérieux ; grâce aux injections de sérum, à l'usage du café, du thé alcoolisé, le malade put les surmonter et guérir de son opération.

Mais le foie restait hypertrophié, descendait largement au-dessous du bord costal. Convaincu qu'il contenait un ou plusieurs kystes hydatiques, M. Mignon entreprit un mois après une nouvelle intervention pour débarrasser le malade de sa tumeur. Malheureusement, il succomba dès les premières inhalations de chloroforme.

A l'autopsie, on trouva le foie farci de nombreuses échinocoques, dont quelques vésicules très volumineuses. D'autres étaient implantées dans l'épiploon, le mesocolon transverse, la rate, le canal inguinal, le diaphragme, les poumons. La poche du petit bassin, cicatrisée sur la plus grande partie de son étendue, était en partie fermée. — (*13 juin*).

BIBLIOGRAPHIE

Sémiologie et thérapeutique des maladies de l'estomac, par H. Frenkel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. Un vol. chez Baillière, éditeur.

Voici le résumé des principaux chapitres de cet ouvrage :

Sémiologie. — Interrogatoire et examen objectif du malade. Méthodes d'examen basées sur l'emploi d'appareils physiques. Méthodes basées sur l'analyse chimique. Examen chimique du contenu stomacal. Examen de la motilité de l'estomac. Les gaz de l'estomac. Les liquides de rétention. Les symptômes du côté des autres organes et appareils.

Thérapeutique. — Le régime alimentaire. Les lavements alimentaires et l'alimentation par voie hypodermique. Les agents physiques (lavage, massage, électrothérapie, etc.). Le traitement médicamenteux (alcalins, acides, sels, amers, vomitifs, purgatifs, sédatifs, ferments, digestifs, etc.). Le traitement chirurgical.

Le livre de M. Frenkel est mieux qu'un résumé très au courant de toute la littérature actuelle. C'est une œuvre personnelle et vécue, appelée à rendre de grands services aux médecins, car les questions y sont traitées avec une très grande précision, beaucoup de netteté et de clarté. D'autre part, c'est autre chose qu'un traité des maladies de l'estomac, c'en est le complément forcé. — M. D.

Manuel pratique d'hygiène à l'usage des praticiens et des étudiants, par le Dr Guiraud, prof. à l'Université de Toulouse. 2e édition, chez Steinheil. Prix : 8 fr.

Dans ce livre, l'auteur étudie avec le plus grand soin toutes les questions d'hygiène intéressant le praticien. Mettant à profit les nouvelles découvertes sur les maladies infectieuses il consacre un chapitre important à la prophylaxie de ces maladies, indiquant les infections dans lesquelles on doit isoler les malades, la manière de pratiquer l'isolement, les modes et agents de désinfection, etc. Nous citons ce chapitre au hasard car tous sont remplis d'intérêt et traités avec la plus grande compétence.

Digitized by Google

Aussi présentons-nous ce livre avec confiance, aux praticiens et aux étudiants, auprès desquels il trouvera certainement le meilleur accueil.

La scrofule et les infections adénoïdiennes, par le Dr Paul Gallois. Paris, Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine Dubois, prix 8 francs.

Voici, ce qui n'est pas très commun, un livre absolument et profondément original. Ce sujet de la scrofule paraît bien vieux et bien démodé. M. Gallois a su le rajeunir par une interprétation pathogénique nouvelle. Il montre que la scrofule paraît être le plus souvent le résultat d'une infection adénoïdienne. Les végétations adénoïdes constituent la porte d'entrée capitale de l'infection strumeuse. Les infections renouvelées et successives expliquent les poussées de rhinites, d'otites, d'amygdalites, d'impetigo, d'érysipèles si fréquentes chez les scrofuleux. Parmi les accidents de la scrofule et en particulier parmi les accidents cutanés, on doit d'ailleurs faire deux groupes, les uns n'étant pas bacillaires (scrofulides bénignes de Bazin), les autres étaient réellement tuberculeux et liés aux bacilles de Koch. A côté de la scrofule de la peau et des muqueuses M. Gallois étudie la scrofule des ganglions, celle des os et des articulations et montre la filiation de l'infection adénoïdienne. Il montre même cette filiation dans certaines méningites, dans le catarrhe bronchique et dans le carreau.

On voit donc l'intérêt et la portée pratique de son œuvre. Il faut, chez un scrofuleux, modifier le terrain général. Mais il faut surtout fermer les portes d'entrées infectieuses. Il faut non seulement enlever les végétations mais maintenir une désinfection permanente de la cavité pharyngée, panser ainsi avec soin les moindres excavations muqueuses ou cutanées.

Ce livre, très intéressant, de 513 pages, se termine par un historique très complet et très curieux. Cet historique donne textuellement les passages les plus intéressants des auteurs étudiés. Aucune de ces citations n'est d'ailleurs de seconde main. C'est encore là une particularité originale.— Plicque.

Election à l'Académie. — Nos lecteurs apprendront avec plaisir la nomination de notre éminent collaborateur M. Sevestre et ils se joindront certainement à nous pour le féliciter chaudement et lui adresser l'expression de nos plus vives sympathies.

Erratum. — Quelques erreurs typographiques se sont trouvées par mégarde laissées dans l'article de M. Fiessinger sur le livre de Cazalis, nos lecteurs les ont certainement rectifiées d'eux-mêmes et voudront bien nous excuser.

THÉRAPEUTIQUE HYDROMINÉRALE

La Mouillère (Besançon) station saline

Fondée en 1892, aux portes mêmes de Besançon, dans l'un des sites les plus ravissants de cette petite Suisse trop peu connue qu'est la zône frontière et montagneuse de la Franche-Comté, *la Mouillère* a, dès à présent, conquis l'un des tout premiers rangs parmi nos *chlorurées* françaises.

Son succès toujours grandissant auprès du corps médical et auprès du public, *la Mouillère* le doit à des causes multiples, d'ordre divers.

Elle le doit à sa situation, de tout point remarquable, d'une grande facilité d'accès, à 6 heures de la Capitale, offrant aux baigneurs et aux touristes les avantages et les agréments d'une véritable villégiature, à une altitude de 260 mètres, en pleines montagnes du Jura, dans une région pittoresque et accidentée, fertile en promenades et en excursions sans cesse variées et toujours intéressantes, avec, sous la main, pour ainsi dire, et à volonté, toutes les ressources matérielles et intellectuelles, toutes les curiosités et les attractions, toutes les distractions aussi d'une grande ville de 60.000 habitants.

Elle le doit à l'excellence de ses *eaux-mères* et de ses *eaux salines naturelles, chlorurées sodiques fortes, iodo-bromurées*, lesquelles, avec leurs 391 gr. de chlorures et leurs 0 gr. 118 de bromures, se trouvent unis par la plus heureuse des combinaisons, à la très forte chloruration de Salies de-Béarn, la bromuration si précieuse de Salins, et représentent dès lors l'un des types d'eaux salines les plus richement minéralisées, sinon le plus richement minéralisée qui existe.

Elle le doit à l'aménagement scientifiquement irréprochable de son établissement balnéaire, à la perfection de son outillage, au confort luxueux, à la bonne entente et au groupement savant de ses divers services balnéo-thérapique, sudothérapique, massothérapique, électrothérapique et kinésiothérapique (gymnastique médicale et orthopédique, cure de terrain) dont l'ensemble fait de *la Mouillère* (Besançon) un véritable *centre sanitaire*.

Elle le doit à la direction intelligemment éclectique de ses administrateurs qui, tout en s'étudiant à assurer aux malades qui les réclament tous les bénéfices de la « vie sédative » ou « de famille », s'efforcent en même temps d'offrir aux autres malades qui ont besoin de distraction, aux personnes qui les accompagnent, aux touristes, tous les plaisirs et toutes les séductions de la « vie mondaine », telle qu'elle se vit dans nos grandes stations à la mode : concerts, représentations théâtrales, bals et bals d'enfants, festivals et fêtes sportives de toute sorte, etc.

Mais *la Mouillère* doit avant tout son succès aux résultats thérapeutiques positifs et si nombreux obtenus à la station dans le lymphatisme et dans les scrofulo-tuberculoses, dans les débilités, les épuisements et les anémies, dans les maladies des femmes (principalement dans les tumeurs fibreuses de l'utérus), dans les affections chirurgicales anciennes, ganglionnaires, osseuses et articulaires, — résultats heureux qui ont confirmé au delà de toutes les espérances les prévisions les plus optimistes, basées sur la richesse de la composition de ses eaux salines naturelles et de ses eaux-mères. — (Dr Delinan).

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 27, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Clinique chirurgicale de l'Hôpital Necker

Diagnostic et traitement du Tétanos

Par le Dr MAUCLAIRE
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux

Leçon recueillie et publiée par M. VINSONNEAU, interne du service

Le malade, Henri M..., âgé de 34 ans, jardinier au Drancy, près Paris, fût piqué par un clou au niveau de la région plantaire moyenne le Dimanche 20 mai. La plaie fut assez profonde et un médecin consulté conseilla le repos et fit un pansement sec. Au bout de trois jours, le blessé reprit ses occupations journalières, mais le dimanche suivant, c'est-à-dire le 27 mai, il s'aperçut qu'il ne pouvait ouvrir la bouche complètement et qu'il ressentait une certaine gêne pour manger. Le lundi, il fit son travail quotidien mais il commença à observer deux symptômes bien nets : la contracture des machoires, peu marquée le jour précédent, augmentait, en second lieu, le malade ne ressentait aucunement le besoin de boire sans avoir cependant ni horreur, ni dégoût de tout liquide. Le soir, vers minuit, il aidait encore à charger une voiture de maraîcher, lorsque, vers une heure du matin, il commença à ressentir des douleurs lancinantes *dans* la nuque, douleurs qui lui faisaient rejeter la tête en arrière. Il ne put dormir cette nuit là et le matin, on le fit transporter à Paris à l'Institut Pasteur. Le blessé, après examen, fut envoyé à Necker dans l'après midi.

A son arrivée à Necker, mon interne, M. Vinsonneau, porta le diagnostic de « tétanos », fit isoler le malade dans une petite salle du service du Dr Barth et m'appela d'urgence. A six heures du soir, j'examinais le malade et je confirmais le diagnostic de mon interne. En effet, le malade avait un trismus impossible à vaincre. La tête était rejetée en arrière par suite de la contracture des muscles de la nuque. L'opisthotonos était déjà apparent et la douleur était intense. Il n'existait pas de contracture des membres, les réflexes étaient peu exagérés. La respiration était fréquente et l'inspiration incomplète; la contracture des muscles du thorax étaient évidente. Le facies du malade était anxieux, la pupille dilatée, les lèvres légèrement entr'ouvertes laissaient voir le rapprochement des deux mâchoires. La température axillaire était à 36°6, le pouls à 98. Du côté de la plaie, rien de particulier à noter : la cicatrice était noirâtre et encore recouverte d'une croûte.

Il manquait bien à ce tableau certains signes ordinaires de l'affection : en effet pas de photophobie, pas de « rire sardonique » ni d'« aspect cynique ». La tête était renversée en arrière, il est vrai et il était impossible de la fléchir, mais les mouvements de latéralité étaient très faciles à faire exécuter. Enfin le malade répondait avec grande facilité aux questions posées.

Cette absence de symptômes n'avait point ébranlé notre diagnostic qui cependant ne fut pas admis par tous et fut contrebalancé par celui de méningite cérébro spinale. Sans admettre cependant ce diagnostic, l'injection intra cranienne de sérum antitétanique n'en fut pas moins retardée et rendez-vous fut pris pour le lendemain matin. Comme traitement d'attente, j'ordonnais du chloral à haute dose et une injection sous-cutanée de 10 cmc. de sérum antitétanique.

Le lendemain matin, les symptômes du tétanos étaient encore plus nets : trismus, pleurosthotonos, douleurs intenses, aspect cynique, dysphagie. Pendant la nuit, le malade avait eu trois crises douloureuses de dix minutes chacune, l'une à minuit, la seconde à une heure, la troisième à trois heures. Le Dr Barth, dans le service duquel se trouvait le malade, voulut bien le voir avec nous et fit le diagnostic ferme, certain et précis de tétanos : aussitôt l'injection intra-cranienne fut décidée et pratiquée immédiatement.

Je n'ai point l'intention de vous faire ici un diagnostic différentiel complet, que, du reste, vous pouvez trouvez dans vos livres classiques, mais je tiens à attirer votre attention sur certaines erreurs possibles.

Il ne pouvait s'agir ici ni de trismus d'origine dentaire ou d'origine amygdalienne, ni de contracture symptomatique d'arthrite vertébrale. Dans la rage il n'y a ni raideur de la nuque, ni spasmes douloureux, ni contracture semblables à ceux observés chez notre malade.

Trois affections seules pouvaient, en réalité, se rapprocher du cas observé : un *empoisonnement par la strychnine*, des *contractures hystériques*, une *méningite cérébro-spinale*.

Lorsqu'il s'agit d'*empoisonnement par la strychnine* on observe bien en effet de l'exagération des réflexes, de la dilatation pupillaire mais la contracture commence par les membres et non par la mâchoire, les convulsions sont généralisées et emportent le plus souvent le malade en quelques heures.

La *tétanie* survenant chez une accouchée est caractérisée par ce fait que les contractures sont limitées aux extrémités.

Dans l'*hystérie*, les contractures sont moins persistantes; elles affectent, en général, un groupe musculaire et non une portion du corps; elles sont le plus souvent unilatérales, ne s'accompagnent pas de

Digitized by Google

fièvre ni de troubles de la respiration ; il y a des zônes d'anesthésie, etc.

Restait le diagnostic de la *méningite cérébro-spinale*. En effet, je viens de vous dire que, sans être appliqué d'une façon ferme à notre malade, ce diagnostic mit en échec, au début, celui de tétanos.

Il existe, en effet, des formes de méningite cérébro-spinale qui simulent à s'y méprendre les contractures du tétanos. On a admis dernièrement que le pneumocoque pouvait donner lieu à une affection tétaniforme appelé tétanos à frigore (Thèse Chailloux, Paris 1899). Toutefois, à l'examen du malade, le Dr Barth avait exclu complètement ce diagnostic.

En effet, au début de la maladie, on n'avait point observé la triade symptomatique de la méningite cérébro-spinale, c'est-à-dire la céphalalgie, les vomissements, la constipation. L'attitude en chien de fusil n'existait pas; on observait, au contraire, une incurvation du rachis très accentuée; enfin, le signe de Kernig était absent. Ce signe est caractérisé par l'impossibilité absolue d'obtenir l'extension complète de la jambe sur la cuisse au niveau de l'articulation du genou, lorsque le malade est assis, la cuisse étant fléchie à angle droit sur le tronc. La cause de ce trouble fonctionnel réside dans la contracture des muscles fléchisseurs de la jambe. La contracture disparaît par contre et l'extension complète du membre se fait avec la plus grande facilité, dès que le malade est replacé dans le décubitus dorsal. Ce signe n'appartient pas exclusivement à la méningite, mais il existe en moyenne 85 fois sur 100 cas de méningite tuberculeuse, streptococcienne, staphylococcienne.

Le diagnostic de la *variété de tétanos* était facile; en effet, il ne s'agissait plus ici ni d'un cas de *tétanos aigu* à cause de la marche lente des accidents, ni d'un cas de tétanos céphalique de Rose, ni d'un cas de *tétanos dit viscéral*, forme splanchnique de Borrel, puisque la porte d'entrée était une plaie de la région plantaire. Il s'agissait d'un cas de *tétanos à forme subaiguë* et d'*origine périphérique*.

Si maintenant nous voulons bien examiner les *conditions étiologiques* du malade, nous voyons que tout confirmait le diagnostic : *milieu, blessure, blessé*. Le malade travaillait à la terre, il était, d'autre part, en contact habituel avec des chevaux. Il s'agissait, en outre, d'une piqûre profonde, et non d'une coupure étendue en largeur et peu en profondeur. Bien que, d'après le dire du malade, il n'y ait pas eu d'autres cas de tétanos dans le pays, il faut noter qu'il existe des cas d'épidémie et de contagion de tétanos. A l'hospice de Bicêtre les cas de tétanos seraient fréquents. On peut dire qu'il y a des « pays maudits », au point de vue du tétanos, de même qu'il existe des « champs maudits » au point de vue du charbon. Il y a des fermes dans lesquelles les cas de tétanos sont fréquents, le bacille de Nicolaier doit y pulluler facilement. Je ne comprends pas que les vétérinaires n'isolent pas mieux leurs animaux et ne les opèrent pas dans des salles d'opération spéciales.

Enfin, il est étonnant que les cas de tétanos ne soient pas plus fréquents dans les services hospitaliers. Car, si dans les hôpitaux militaires, tous les malades ont un vêtement complet d'hôpital, il n'en est pas de même dans nos hôpitaux civils. L'Assistance Publique ne donne ni pantalon, ni chaussures aux malades qui entrent. En hiver surtout, ceux-ci apportent de la terre avec leurs chaussures (et quelles chaussures!). Ils sont voisins de lit de malades opérés la veille, le jour même. Je sais bien que ces opérés ont leurs plaies bien protégées par le pansement; mais enfin, il serait si facile et peu dispendieux de donner à chaque malade des espadrilles et des pantalons propres, ne serait ce que pour l'entretien hygiénique d'une salle de chirurgie!

Je vous ai dit tout à l'heure que l'injection intra cérébrale de sérum antitétanique fut faite chez notre malade. Permettez-moi de vous dire que la technique opératoire est facile. A 3 centimètres de la ligne médiane et à 3 centimètres en avant de la ligne bi-auriculaire, on trépane avec un trépan minuscule et on injecte de chaque côté 3 centimètres cube de sérum antitétanique à deux ou trois centimètres de profondeur dans le tissu cérébral.

Que devint notre malade? Le soir, la température monta à 38°8; le pouls était à 110. Le trismus est plus marqué, la douleur plus intense, les spasmes de contracture plus rapprochés.

Le lendemain matin, 31 mai, aucune amélioration. Les contractures sont plus intenses, les intervalles de repos plus courts. Le malade est en pleurosthotonos, le trismus est augmenté, le rire sardonique très marqué. On observe une dysphagie intense, les sueurs sont profuses, la température est à 39°, le pouls à 110. Oligurie. Albuminurie. Souffrances terribles du malade.

Le soir, même état. Le malade souffre d'une façon horrible; il demande à ce qu'on le tue, « car, dit-il, je souffre trop et je sens que je vais mourir ».

Le 1er juin, la contracture des membres inférieurs apparaît. Il faut remarquer que le malade est maintenant au sixième jour (le début du trismus remontant au dimanche); un espoir reste donc, car il semble que nous soyons en présence d'un cas de tétanos à forme chronique, ou tout au moins à forme subaiguë. D'autre part, rappelez-vous, Messieurs, que la porte d'entrée est une plaie de la région plantaire et dans ce cas, le pronostic est toujours moins grave que dans le cas de plaie de la face (forme céphalique) ou de plaie abdominale (forme splanchnique).

Digitized by Google

Le soir, cependant, le malade mourait pendant une crise de contracture.

Malgré notre traitement, le résultat fut funeste; que faut-il donc faire, direz-vous? C'est là le point sur lequel je vais insister.

Le traitement du tétanos peut être divisé en :

1° *Traitement préventif;*

2° *Traitement général;*

3° *Traitement curatif :* a) *médical;* b) *chirurgical;* c) *sérothérapique;*

4° *Traitement palliatif.*

Le *traitement préventif*, c'est celui que vous devez instituer chez tous vos blessés dont la plaie a été souillée par la terre. Il faut chez ces blessés faire une injection sous-cutanée de sérum anti-tétanique et, dans nos salles, telle est notre conduite à l'égard de ces blessés. Toutefois, nous devons avouer que nous ignorons dans quelles proportions ces injections préventives ont diminué le nombre des cas de tétanos; c'est là un point important à élucider et sur lequel nous ne sommes pas absolument fixés.

Le *traitement général* consiste à isoler complètement le malade dans une chambre obscure, à désinfecter sa plaie, à lui donner du chloral à haute dose. Il faut lui éviter toute espèce de sensation, de bruit, de lumière pouvant provoquer de nouvelles crises. « *Il faut* le mettre dans du coton », disait très justement Verneuil.

Si maintenant nous abordons le *traitement curatif* nous serons beaucoup moins affirmatifs.

a) Les défenseurs du *traitement curatif médical* n'ont qu'une seule arme : le chloral; c'est un bon palliatif, mais son action curative est bien discutable car elle n'est pas constante; cependant le chloral a guéri bien des tétaniques !

b) Le *traitement curatif chirurgical* comprend plusieurs méthodes : la cautérisation, la section des nerfs qui partent de la plaie, l'éradication large du foyer, l'amputation proposée par Larrey et très préconisée par le prof. Berger à l'Académie de médecine en 1894.

On sait aujourd'hui que le bacille de Nicolaier siège exclusivement dans la plaie; c'est là qu'il fabrique son poison qui se répand ensuite dans l'organisme. En supprimant le foyer on supprime la formation de toxines. L'ouverture large de la plaie par débridement des infractuosités est importante, puisque le bacille de Nicolaier est anaérobie; en le mettant à l'air on arrête son développement.

c) Le *traitement curatif sérothérapique* comprend lui-même deux étapes. Tout d'abord on fit l'injection sous-cutanée. Sur 11 cas cités dans la thèse de Galmard en 1893, on voit 5 cas aigus guéris par l'injection sous-cutanée de sérum anti-tétanique. Vinrent ensuite les expériences de Borrel qui montrent que l'injection intra-crânienne doit être faite, car elle agit plus vite. Au Congrès de chirurgie, en octobre 1898, M. le professeur Le Dentu annonce encore 6 guérisons sur 12 cas, grâce à cette méthode d'injection intra-cérébrale.

L'évolution historique du traitement sérothérapique vous conduira nécessairement à la conduire que vous aurez à suivre.

En 1896, les cas cités par Caetti, Maccutti, Herwlett, Beck et traités par l'antitoxine de Tizzini donnent des résultats contradictoires. A l'Académie de médecine, le prof. Berger cite 3 cas traités par le chloral et suivis de mort, 1 cas traité par l'amputation et suivi de guérison. Les cas traités par l'injection sous cutanée de sérum antitétanique (Blumenthal, Macartney, Archambaud) donnent des résultats contradictoires.

En 1897, les cas traités de même par Hurot, Wehlin ne sont pas plus instructifs.

En 1898, l'injection sous-cutanée de sérum a peu d'adeptes. Le Prof. Berger cite 12 cas où l'injection sous-cutanée de sérum n'a rien fait. C'est alors que le 18 juin 1898, MM. Chauffard et Quénu publient un cas de tétanos traité et guéri par l'injection intra cérébrale d'antitoxine selon la méthode de Roux et Borrel. D'autres cas sont cités par Delvincourt (Thèse de Paris 1898).

En 1899, la discussion du traitement sérothérapique devient plus étendue. A la Société de chirurgie, le 8 mars 1899, Quénu, Chaput, Ricard, Lucas Championnière citent des cas de mort malgré l'injection intra-cérébrale. Le 7 juin 1899, Quénu, Schwartz citent des cas de guérison, et le Prof. Berger un cas de mort à la suite d'injection intra-cérébrale de sérum antitétanique. En décembre 1899, Potherat, Holste, Krauss, Binot citent des cas de guérison, ainsi que Sampain (cas de Picqué) (Thèse de Paris 1899).

Violette (*Thèse de Paris 1899*) établit un parallèle au sujet des résultats obtenus par les différentes méthodes : avec la méthode intra-cérébrale, on a un total de 13 morts sur 19 tétaniques; avec les autres méthodes, la mortalité moyenne du tétanos est de 70 pour 100 environ.

Jully (*Thèse de Paris 1899*) montre les applications à l'homme de la sérothérapie intra-cérébrale : sur 34 cas traités par elle, 8 guérisons seulement, soit une mortalité de 76,5 0/0.

Mes cas personnels peuvent être établis ainsi :

Un cas à Lariboisière : Amputation du pied, mort;

Un cas à Lariboisière : Bains continus, mort;

Un cas à Necker, en 1892 : Nettoyage et cautérisation de la plaie du pied, mort;

Digitized by Google

Un cas à Necker, en 1892 : Syncope mortelle pendant le transport du malade à la salle d'opération.

Un cas à Beaujon, en 1898, chez un jardinier : Injection intra-cérébrale faite au 6e jour; la porte d'entrée était une plaie du pied, guérison;

Un cas à Necker, en 1899 : Injection intra-crânienne, chez un jardinier opéré de hernie ombilicale, huit jours auparavant, mort;

Notre cas récent : Injection intra-crânienne, mort.

Tel est à peu près le bilan actuel des faits connus aigus et chroniques de tétanos, traités par la méthode de Borrel.

Quant au *traitement palliatif*, que je vous ai annoncé, il est peu encourageant : c'est latrachéotomie contre la dyspnée et l'asphyxie; ce sont les antithermiques, les antispasmodiques, les bains chauds prolongés, etc. C'est le traitement des complications et non celui de la cause; il satisfait peu l'esprit, bien qu'il ne soit pas à dédaigner, bien au contraire.

Que faut-il donc conclure en présence de ces résultats si contradictoires ?

Eh bien ! malgré les insuccès rapportés, je pense que l'injection intra crânienne de sérum anti-tétanique est le *traitement de choix*. C'est une méthode nouvelle, il est vrai, nécessitant de nombreux perfectionnements, on la critique un peu vertement

Il se peut que les insuccès soient dus uniquement au retard apporté à l'injection qui doit être faite avant que les symptômes bulbaires apparaissent (tachycardie, troubles respiratoires, spasmes pharyngés, etc.). Faite dans ces conditions, l'injection intra cérébrale peut donner de bons résultats dans le cas de tétanos à forme subaiguë : de nombreux faits le démontrent : les perfectionnements de la méthode permettront peut être bientôt de traiter avec plus de succès les cas aigus.

En résumé, messieurs, j'ai voulu passer en revue devant vous les traitements du tétanos. Même en les combinant les uns aux autres, nous ne pouvons pas encore guérir tous nos malades et, malgré quelques insuccès, je pense que la méthode sérothérapique « perfectionnée » est la *méthode de l'avenir*.

PHARMACOLOGIE

Le Bromoforme

Par M. Hélouin

I. — Au point de vue thérapeutique, le bromoforme jouit de trois propriétés principales : c'est à la fois un anesthésique, un antiseptique et un antispasmodique.

Comme agent anesthésique, sa puissance et son énergie dépassent celles du chloroforme; c'est ce qui en fait le danger.

En effet, l'anesthésie bromoformique, que le Dr Hénocque a cependant utilisée avec avantage dans sa pratique chirurgicale, exige une attention et des précautions plus grandes et plus soutenues que l'anesthésie chloroformique.

Le bromoforme est aussi un antiseptique puissant et un antispasmodique.

Cettte propriété a été mise à profit par MM. Mathieu et Richaud, qui recommandent l'eau bromoformée comme excellent succédané de l'eau chloroformée dans le traitement des douleurs stomacales et des vomissements.

Mais c'est surtout et avant tout à son action contre la toux convulsive de la coqueluche qu'il doit sa notoriété thérapeutique.

C'est en 1889 que le Dr Stepp le recommanda tout particulièrement dans le traitement de cette affection.

Il montra qu'il diminue le nombre et l'intensité des quintes, et il prétendit même, ce qui est plus discutable, qu'il abrège la durée de la maladie et prévient les infections secondaires.

Neumann et Lœwenthal montrèrent après Stepp que le bromoforme ne doit pas être considéré comme un spécifique contre la coqueluche, mais qu'il est susceptible mieux qu'aucun autre médicament de rendre dans cette affection d'éminents services. Sous son influence et, bien entendu, en lui associant le traitement local et hygiénique de la coqueluche, le nombre et l'intensité des quintes de toux diminuent souvent d'une façon très notable ; il en résulte une amélioration rapide et très manifeste de l'état général du malade. Si le bromoforme est particulièrement efficace dans la coqueluche, il n'est pas moins souvent utile pour combattre la toux, quelle qu'en soit l'origine. Sans doute il ne peut prétendre à égaler l'opium, mais, grâce à sa légère action hypnotique, il en est un des meilleurs succédanés et il n'en a pas les inconvénients.

Toutefois ce médicament ne présente pas que des avantages. Certains malades s'y accoutument très vite et sont obligés d'en augmenter plus ou moins rapidement les doses. Le principal inconvénient du bromoforme est sa causticité quand il est mis, en nature, au contact direct d'une muqueuse. Aussi, ne peut il être employé que sous forme de solution dans un véhicule approprié. C'est là le point délicat de son administration, car ses dissolvants sont peu nombreux. L'alcool le dissout très facilement, mais l'eau n'en dissout que 3 grammes pour 1.000 grammes, et c'est ce peu de solubilité dans l'eau qui a été la cause de la plupart des accidents d'intoxication bromoformique.

Ces accidents sont assez nombreux pour que nombre de médecins, insuffisamment renseignés par les

Digitized by Google

formulaires, qui sont très brefs sur ce sujet, n'osent le formuler dans une préparation magistrale. Beaucoup d'entre eux craignent de renouveler cet accident signalé un peu partout : le Dr Reinecke avait formulé, pour une enfant de trois ans, la potion suivante :

Bromoforme	2 grammes
Alcool	5 —
Eau distillée	60 —
Sirop simple	20 —

Dans cette potion, le bromoforme dissous par l'alcool est précipité en grande partie par l'eau distillée.

La dernière cuillerée, qui contenait la majeure partie du médicament, provoqua chez la petite malade un collapsus qui dura trois heures. Fort heureusement l'accident n'eut pas de suites fâcheuses.

Les difficultés que rencontre le praticien dans l'administration du bromoforme expliquent assez la diversité des préparations pharmaceutiques dont il est la base. Avant de mettre sous les yeux la plupart de ces formules, disséminées un peu partout, je rappellerai brièvement sa posologie et sa toxicologie.

Au-dessous de six mois, il doit être prescrit à la dose initiale et quotidienne de II à III gouttes : de *six mois à un an*, à celle de III à IV gouttes. De *un an à six ans*, on donne autant de fois IV gouttes que l'enfant a d'années d'âge ; de *six ans à dix ans*, XX à XL gouttes; chez les *adultes* de XL à LX gouttes. Sous peine d'échec, il faut augmenter ces doses initiales de II à IV gouttes par jour jusqu'à ce qu'on arrive à la diminution des quintes, dont le nombre est souvent augmenté dans les premiers jours. Le premier symptôme d'intolérance est la somnolence. Il sera prudent, sinon nécessaire, de suspendre l'usage du médicament dès qu'on observera ce symptôme, bien qu'à la vérité les cas d'intoxication connus jusqu'ici n'aient été observés qu'à la suite d'absorptions massives.

II. — Les préparations bromoformiques sont, avons-nous dit, aussi diverses que nombreuses. Stepp et Lœwenthal ont quelquefois formulé le bromoforme *en nature* à prendre *par gouttes* dans une cuillerée d'eau sucrée. D'autres l'on donné *en capsules*.

L'administration du bromoforme, soit en nature, soit en capsules, est sans aucun doute d'une pratique défectueuse et dangereuse.

Elle est défectueuse parce qu'elle ne tient pas compte de la causticité locale du médicament; elle est dangereuse parce qu'elle laisse au malade ou à sa famille le soin de pratiquer un dosage très délicat et qu'elle met entre ses mains un poison actif et dangereux.

Témoin le cas de cet instituteur qui, sur les conseils du médecin, administrait du bromoforme par gouttes à ses trois enfants atteints de coqueluche.

L'un d'eux parvient un jour à s'emparer du flacon laissé par mégarde à sa portée. Il en avale le contenu et meurt.

III. — Un second mode d'administration du bromoforme consiste à le mettre en suspension dans une *émulsion*.

Newelaers conseille la formule suivante :

Bromoforme	XX gouttes
Alcool	10 grammes
Mucilage de gomme adragante }	àà 60 —
Sirop de Tolu }	

Marfan recommande celle-ci :

Bromoforme	XLVIII gouttes
Huile d'amandes douces }	àà 15 grammes
Gomme arabique }	
Eau de laurier-cerise	4 —
Eau distillée Q. S.	pour 120 c. c.

Gay propose cette dernière :

Bromoforme	XLV gouttes
Huile d'amandes douces	15 grammes
Gomme arabique pulv.	10 —
Sirop d'éc. d'oranges amères	30 —
Eau distillée	65 —

Ces émulsions sont passibles de plusieurs reproches.

Bien que suspendu en fines gouttes dans la prépation, le bromoforme n'est pas moins indissous dans la première formule et dilué dans très peu d'huile dans les autres, de sorte qu'il est susceptible quoique à un moindre degré qu'en nature, d'irriter la muqueuse gastrique. De plus, aussi parfaite que soit l'émulsion, il finit toujours par se séparer de la partie aqueuse, et l'oubli d'agiter la bouteille avant l'emploi est sans cesse à craindre. Enfin, ces émulsions ne sauraient mieux que d'autres se conserver bien longtemps.

IV. — Le troisième mode d'administration du bromoforme consiste à en faire une *solution alcoolique* plus ou moins concentrée et à donner celle-ci *par gouttes* dans de l'eau sucrée.

Le *formulaire* de Gilbert et Yvon indique la formule suivante :

Bromoforme }	
Teinture d'aconit }	
Teinture de Drosera }	àà 2 grammes
Alcool }	
Glycérine }	

X à XX gouttes par jour dans un peu d'eau.

Le docteur Blache conseille contre la toux opiniâtre des enfants :

Bromoforme	X gouttes
Teinture de belladone	6 grammes
Teinture de Grindelia	18 —

Digitized by Google

Le *Formulaire des pharmaciens du Loiret* indique une troisième formule :

Bromoforme.....	1 gramme	(XL gouttes)
Chloroforme.... .	60 centigr.	(XL —)
Alcool à 60 degrés.	100 grammes	

La première seule de ces formules me semble recommandable.

Mais quand je pense à la difficulté qu'une personne même expérimentée éprouve à compter au compte-gouttes des liquides aussi denses et d'une tension superficielle aussi faible que le bromoforme ou ses solutions alcooliques, et quand je me rappelle l'excessive variation du calibre des compte gouttes ordinairement employés, j'éprouve toujours pour le dosage par gouttes une certaine appréhension.

Je ne vois pas l'utilité dans les deux autres formules d'une telle proportion d'alcool, mais j'en vois bien les inconvients, surtout chez les enfants.

Enfin, est-il donc indifférent d'associer le chloroforme au bromoforme ?

V. — Les *sirops* constituent le quatrième mode d'administration du bromoforme.

Les *Noureaux remèdes* reproduisent une formule de sirop bromoformique due à mon excellent ami et distingué confrère M. Voisin, pharmacien à Noyon, ancien interne à la Pitié :

Bromoforme	1 gr. 75
Teinture de racines d'aconit...	1 gramme
— de noix vomique.....	75 centigr.
— de grindelia.....	75 —
— de bryone.....	50 —
Sirop d'extrait d'opium.....	50 grammes
— d'éc. d'oranges amères...	105 —
Alcool à 90 degrés	25 —

Chaque cuillerée à soupe contient IV gouttes de bromoforme.

Je ne doute pas que l'association des teintures diverses énumérées dans cette formule ne présente quelque avantage qui m'échappe, mais en tout cas, elle n'est pas obligatoire. Ce que cette formule présente d'avantageux, c'est de contenir le moins d'alcool possible pour solubiliser le bromoforme.

L'inconvénient du sirop ainsi obtenu est de ne pouvoir être additionné d'une petite quantité d'eau sans louchir, c'est-à-dire de ne pouvoir se prêter absolument à toutes les exigences de la formule magistrale.

Le *Formulaire des pharmaciens du Loiret* indique la formule suivante ;

Bromoforme	1 gramme
Codéine	50 centigr.
Alcool à 90 degrés	40 grammes
Alcoolature de rac. d'aconit...	10 —
Eau de laurier-cerise.....	100 —
Sirop de Tolu	250 —
Sirop de Desessartz	600 —

Ce sirop ne contient qu'un millième de son poids de bromoforme.

C'est donc bien plutôt un sirop pectoral composé qu'un sirop bromoformique proprement dit.

Il est à remarquer que pour une proportion si faible de bromoforme il n'était pas nécessaire de faire intervenir autant d'alcool.

M. Bernard a donné d'un sirop bromoformique la formule qui suit :

Bromoforme	1 gramme
Alcoolature de rac. d'aconit ...	1 —
Alcool à 90 degrés	20 —
Sirop de codéine.....	100 —
Sirop de Tolu.....	150 —

Ce sirop contient 1 goutte de bromoforme par cuillerée à café.

Il est miscible à l'eau en toutes proportions.

La dose d'alcool est seulement un peu trop élevée.

La formule de M. Rolland donne un sirop encore moins riche en bromoforme ;

Bromoforme.....	XXX gouttes
Alcool	10 grammes
Sirop d'ipéca..... . ....)	
Sirop d'opium.... ....}	àà 100 —
Sirop de laurier-cerise .....)	

Enfin, la *plus avantageuse* des formules indiquées me semble être celle-ci :

Bromoforme.....	XXX gouttes
Alcool.....	10 grammes
Sirop d'ipéca....	30 —
Sirop thébaïque	150 —
Eau de laurier-cerise	20 —

Le sirop ainsi préparé contient 1 goutte de bromoforme par cuillerée à café. Il est aussi peu alcoolique que possible et miscible à l'eau en toutes proportions.

VI. — Enfin on a donné ce médicament en potions.

La formule de Stepp est la suivante :

Bromoforme.....	X gouttes
Alcool	3 à 5 grammes
Eau.....	100 grammes
Sirop.....	10 —

Une semblable préparation n'est utilisable que pour de très jeunes enfants. Si en effet on observe exactement la posologie indiquée, un petit malade de cinq à six ans devra comme dose initiale absorber quatre à cinq potions semblables par jour,

Deguy (*Journal des Praticiens*, 1899) a conseillé la formule suivante :

Bromoforme.....)	àà X gouttes
Eau de laurier-cerise .....)	
Alcool.....)	àà 5 grammes
Glycérine.....)	
Sirop de fleurs d'oranger.. ..	50 —

Digitized by Google

Par cuillerées à café en 1 ou 2 jours, selon l'âge. On peut augmenter la dose de bromoforme jusqu'à XX gouttes pour une potion de 50 grammes ; au-delà, il faut augmenter l'excipient.

VII. — Telles sont les nombreuses et diverses formules recommandées pour l'administration du bromoforme. Le praticien se trouvera sans doute très embarrassé dans le choix d'un modèle. Je vais tâcher de l'y aider.

Si le malade est un enfant de 1 à 5 ans, la dose quotidienne à employer est telle que le dosage de 1 goutte de bromoforme par cuillerée à café de préparation pharmaceutique est suffisant,

Dans ce cas, les gouttes, les émulsions, les potions sont à rejeter, et le sirop suivant, aussi simple et aussi banal même que puisse être sa formule, me semble à tous points de vue recommandable :

Bromoforme		1 gramme
Alcool		15 —
Sirop de sucre	Q. S.	pour 200 c. c.

Cette formule n'est pas absolue ; c'est un modèle susceptible de variantes.

Le sirop de sucre peut être remplacé par l'association d'autres sirops quelconques.

Des teintures et alcoolatures peuvent y être ajoutées si cela semble utile.

Ce qui est à retenir, c'est que pour obtenir un sirop limpide contenant 1 goutte de bromoforme par cuillerée à café, miscible en toutes proportions à l'eau et par conséquent susceptible de se prêter à toutes les exigences de la formule magistrale, il est nécessaire de respecter les proportions de 1 gramme de bromoforme, de 15 grammes d'alcool et de 200 centimètres cubes de sirop.

La formule précédente est l'expression la plus simple d'un sirop au bromoforme. C'est elle qui, à défaut de formule officielle, répond le mieux à la dénomination de *sirop de bromoforme*.

Il n'est pas rare de voir des ordonnances ainsi formulées :

Sirop de bromoforme	100 grammes
Sirop de Desessartz	50 —
Sirop de codéine	50 —

Ou bien :

Sirop de codéine	àà 30 grammes
Sirop de bromoforme	
Alcoolature d'aconit	XX gouttes
Julep gommeux	100 grammes

Le *sirop de bromoforme* n'étant pas inscrit au Codex, le praticien ne laisse pas que d'être embarrassé pour effectuer pareilles prescriptions.

Dans tous ces cas où dans une formule magistrale il entre du *sirop de bromoforme* sans autres indications, j'estime que le pharmacien a tout avantage à employer un sirop miscible à l'eau en toutes proportions, et qu'il n'est pas autorisé à délivrer sous ce nom autre chose qu'une préparation très simple sans adjonction d'autres substances médicamenteuses.

La formule précédente du *sirop de bromoforme* répond à ces exigences.

Les variantes de ce sirop doivent à mon avis faire le sujet d'une formule spéciale de la part du médecin.

Voici une de ces variantes :

Bromoforme		1 gramme
Alcool		15 —
Alcoolature d'aconit		àà X gouttes
Teinture de belladone		
Sirop de codéine		30 grammes
Sirop de Desessartz		100 —
Sirop de Tolu	Q. S.	pour 200 c. c.

Le *sirop de bromoforme*, qui contient 1 goutte de ce médicament par cuillerée à café, est d'un goût agréable et peut être pris pur.

Toutefois il est préférable chez les jeunes enfants de le diluer dans un peu d'eau.

Si le malade a dépassé six ans, le *sirop de bromoforme* dosé à 1 goutte par cuillerée à café devient insuffisant. En effet, s'il est utile de donner XL gouttes par jour par exemple, on sera obligé d'administrer simultanément 200 centimètres cubes de sirop. Il ne faudrait pas croire qu'on puisse ingérer une telle quantité de sucre sans surmener outre mesure la fonction glycogénique du foie.

On pourrait dans ce cas avoir recours à un sirop contenant deux fois de bromoforme et tel que celui-ci :

Bromoforme		8 grammes
Alcool		40 —
Sirop de Tolu	Q. S.	pour 200 c. c.

La quantité d'alcool y est relativement plus élevée que dans la formule précédente, par suite de la plus grande concentration du sirop.

Cependant le sirop ainsi obtenu a une saveur piquante et brûlante qui oblige à le diluer dans un peu d'eau ou de tisane.

Cette dilution rend inutile la solubilité complète du bromoforme dans le sirop, solubilité qui ne s'obtient qu'à la faveur d'une quantité non négligeable d'alcool.

Aussi, toutes les fois que le bromoforme doit être administré à des doses quotidiennes supérieures à XX gouttes, j'estime qu'il y a avantage à le formuler sous forme d'*élixir*.

L'*élixir de bromoforme* que je propose comme type est le suivant :

Bromoforme		2 grammes
Alcool		30 —
Sirop simple	Q. S.	pour 100 c. c.

Digitized by Google

Une cuillerée à café de cet élixir contient IV gouttes de bromoforme.

Cet élixir devient laiteux par l'addition de sirop ou d'eau, mais il redevient limpide lorsque la proportion de sirop ou d'eau ajoutée est cinq fois plus grande que celle d'élixir.

C'est précisément cette proportion qui est nécessaire pour obtenir une liqueur d'un goût agréable.

Cet élixir doit se prendre par cuillerées à café diluées dans cinq ou six cuillerées à café d'eau ou de tisane.

L'*élixir de bromoforme* est une préparation active sans être dangereuse.

Il permet pour une dose importante de bromoforme, 1 gramme par exemple, de n'absorber simultanément que 15 grammes d'alcool et 40 grammes de sirop, alors que la même dose sous forme de sirop nécessiterait l'absorption simultanée de 20 grammes d'alcool et de 100 grammes de sirop.

Comme le *sirop de bromoforme*, l'*élixir de bromoforme* se prête aux variantes.

Voici l'une d'elles :

Bromoforme.....		2 grammes
Alcool		30 —
Teinture de belladone.....	ãã XX	gouttes
Alcoolature d'aconit..		
Sirop de codéine..... Q. S.		pour 200 c. c.

Avec ces deux formules de *sirop* et d'*élixir de bromoforme* le médecin peut satisfaire à toutes les exigences de la médication bromoformique, et jusqu'à ce que le formulaire légal nous renseigne sur ce que doit être le *sirop de bromoforme*, j'estime que le pharmacien a tout avantage à comprendre sous ce nom une préparation très simple, sans adjonction d'autres substances médicamenteuses, et dont la formule précédemment donnée peut servir de type (1).

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Nouveaux remèdes

Aneson (2). — L'aneson est une solution d'acetone chloroformée à 1 p. 100. Il est employé comme succédané de la cocaine, dans l'anesthesie locale, par la méthode d'infiltration de Schleich.

Aspirine (2) (acide salicylacétique). — Aiguilles blanches solubles dans 100 parties d'eau à 37°, plus facilement solubles dans l'alcool, l'éther. L'aspirine se distingue de l'acide salicylique en ce que sa solution aqueuse n'est pas colorée en violet par le perchlorure de fer. Elle a été recommandée comme succédané de l'acide salicylique et du salicylate de soude, parce que, à cause de son lent dedoublement dans le suc gastrique, elle n'irrite pas la muqueuse de l'estomac, et qu'elle ne se décompose que dans le suc intestinal alcalin, dans le sang et dans les sucs des tissus.

Dose 1 gr. 3 à 4 fois par jour.

Eulactol (1). — On a désigné sous ce nom un nouvel aliment essentiellement préparé avec du lait, avec addition de sucre de lait, d'albumine d'œuf et d'albumine végétale.

Il renferme 28.5 p. 100 d'albumine,
14 p. 100 de corps gras,
46 p. 100 d'hydrates,
de carbone et de sucre de lait.

S'emploie dans la médecine infantile à la dose d'une cuillerée à soupe par jour.

Eunatrol (1). — C'est de l'oleate de sodium. Il aurait la propriété d'apaiser les coliques hepatiques, d'amener l'expulsion rapide de calculs retenus dans le canal choledoque et de rétablir ainsi l'écoulement biliaire.

Sirodal : Quinate de piperazine. — S'administre à la dose de 5 gr. par jour. Ce médicament passe pour diminuer de 30 à 50 % la formation d'acide urique.

Il a été employé dans le traitement de la goutte, de la lithiase rénale, etc. Il serait sans action sur le rhumatisme articulaire.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Influence de la résection des veines spermatiques sur la dysurie des prostatiques, par le Dr E. Desnos, ancien interne des hôpitaux (*Annales gén.-urinaires*, janvier 1900).

Le travail que M. Desnos vient de publier a trait à un traitement nouveau contre l'hypertrophie prostatique. L'auteur a été conduit à instituer cette thérapeutique par l'observation de plusieurs malades âgés à qui il avait réséqué un varicocèle sans qu'il ait cherché ce résultat, les difficultés de la miction ont cessé très rapidement chez ces opérés. Depuis lors, il a, de propos délibéré, pratiqué cette opération sur plusieurs malades et le résultat a été constamment bon. Des prostatiques arrivés à la 2e et même à la 3e période de leur maladie, ont vu diminuer les symptômes qu'ils présentaient; successivement la fréquence devient moindre, la miction exige moins d'efforts, les urines des sujets infectés reprennent leur limpidité. Enfin, résultat plus intéressant, la quantité d'urine retenue après une miction diminue très vite et disparaît même complètement chez deux malades. Quant à la prostate, on constate dans cette glande une régression dès les premiers jours, ce qui ne peut s'expliquer que par une décongestion très rapidement produite. Subit-elle plus tard une atrophie vraie? Quelques observations semblent le démontrer, mais des examens anatomiques et pathologiques seraient nécessaires pour en donner la démonstration.

Ces résultats ne sont pas sans analogues dans la thérapeutique et l'hypertrophie de la prostate; on sait qu'après la castration double qui est si difficilement acceptée par les malades, on a proposé d'autres opérations qui portent sur les annexes du testicule; en particulier une opération préparée par Albarran et Motz, l'angionévrectomie, qui consiste à réséquer les veines et les nerfs du cordon, produit une atrophie vraie de la prostate. L'opération de la résection ou varicocèle préparée par M. Desnos, se rapproche beaucoup de cette dernière et les résultats sont semblables. Elle reconnaît cependant une indication particulière et paraît applicable aux prostatiques dont le scrotum flasque et allongé contient un paquet vasculaire volumineux et dilaté.

(1) *Bull. de Pharm.*, juin 1900.
(2) *Ann. de Merck.*

(1) *Ann. de Merck.*

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

OBSTÉTRIQUE

L'ombilic et les infections ombilicales chez le nouveau-né

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE. — Parmi les nombreuses théories qui ont cherché à expliquer les phénomènes de la chute du cordon, on admet généralement aujourd'hui celle qui attribue à une nécrose aseptique cette élimination.

Billard avait distingué trois groupes de phénomènes ; dessication du cordon, chute du cordon, cicatrisation de l'ombilic ; mais les travaux déjà anciens de Lorain, Robin, Leguelinel de Lignerolles et les études microscopiques poursuivies dans ces dernières années par Kockel, Haberda, Bidone, obligent à une description plus détaillée de ces phénomènes. Le Dr P. Audion (Th. Paris 1900) vient de consacrer à ce sujet une étude des plus intéressantes.

L'hémostase dans les vaisseaux ombilicaux ne deviendrait en effet définitive que tardivement (10e, 20e jour) et serait réalisée par l'organisation du caillot contenu dans les vaisseaux ombilicaux, son adhérence aux parois et la fusion des parois et du contenu du vaisseau en une véritable masse cicatricielle.

L'élimination du cordon commençe dès les 2 premières heures après la naissance par l'apparition d'une manchette de capillaires néoformés, à l'union de l'amnios et de la peau ; dès la première heure, par une infiltration leucocytaire qui, d'abord superficielle sous-amniotique, gagne ensuite en profondeur, et forme bientôt un plateau d'infiltration séparant les tissus caduques de ceux qui subsisteront. L'amnios, resté intact jusque vers la 15e heure est entièrement sectionné au devant du bourrelet au bout de 48 heures. Les vaisseaux se coupent en dernier lieu et très profondément, au niveau de l'anneau fibreux. Enfin, pendant toute la durée de l'élimination, la présence d'un exsudat, clair et séreux ou purulent, suivant les cas, est aujourd'hui reconnue par tous les auteurs au niveau du sillon ; son asepsie rigoureuse est à peu près irréalisable, mais le médecin doit et peut mettre les microbes, hôtes de ce milieu, hors d'état de nuire, en réduisant leur nombre et amortissant leur virulence par une antisepsie soigneuse de l'ombilic.

La chute du cordon ne doit jamais être sollicitée par aucune traction ni hâtée d'un coup de ciseaux, car le petit écoulement sanguin, qui souvent l'accompagne, indique que les vaisseaux ne sont pas oblitérés encore lorsqu'elle se produit. L'époque à laquelle elle se produit ne peut pas être l'objet d'un grand intérêt, ni servir de base à des statistiques utiles puisqu'elle est en moyenne, aujourd'hui comme du temps de Billard, du 4e au 5e jour après la naissance.

La rétraction des vaisseaux ombilicaux se produit souvent moins vite que ne l'a pensé Robin ; son ralentissement est peut-être souvent lié à un léger dégré d'infection, l'action des micro-organismes et de leurs toxines, sur les fibres musculaires longitudinales et circulaires des vaisseaux se traduisant par une parésie, comparable à celle que subissent les fibres utérines dans les cas d'infection puerpérale.

La cicatrisation de l'ombilic ne comprend pas seulement l'épidermisation centripète de la petite plaie ombilicale : profondément aussi il se forme un bouchon conjonctif sous-jacent à la cicatrice cutanée ; ce bouchon conjonctif a été vu par Bidone entouré d'un anneau de véritables fibres élastiques, et il acquiert plus tard la résistance d'un tissu fibreux cicatriciel. Il englobe les extrémités sectionnées et cicatrisées des vaisseaux ombilicaux ; mais à quelle époque ces vaisseaux sont-ils normalement cicatrisés et par conséquent définitivement oblitérés ? Il est difficile à l'heure actuelle de le dire, aussi doit-on se montrer très soigneux dans le traitement des plus petites anomalies de la cicatrisation superficielle, une perméabilité persistante des vaisseaux et leur communication avec l'extérieur, même au 10e jour pouvant, comme l'a observé l'auteur, passer totalement inaperçues pendant la vie, et cependant rendre compte à l'autopsie, de septicémies d'origine ombilicale mortelles.

INFECTIONS OMBILICALES. — Les infections ombilicales, après avoir été signalées (Hippocrate, Gardien), puis groupées (Martin, de Lyon), pendant les deux premières périodes de leur histoire, furent ensuite étudiées dans leurs rapports avec les infections puerpérales maternelles, (Bouchut, Lorain, Trousseau) et lors des plus grandes épidémies, (Bergeron, Meynet). Récemment, elles ont été classées au point de vue clinique (Quinquaud, Runge, Mayquier), aux points de vue bactériologique, pathogénique (Achalme, Widal, Lambert, Baginsky). Aujourd'hui, elles doivent être prévenues et traitées : or, leur prophylaxie ne peut être éclairée que par une étude microscopique approfondie de nombreux ombilics et de nombreux organes (foie, poumons intestins), de nouveau-nés ayant succombé à la septicémie ombilicale.

Plus fréquente dans les asiles d'Enfants-Trouvés

Digitized by Google

que dans les Maternités, et chez les débiles et les prématurés, que chez les enfants nés à terme, l'infection ombilicale peut être due aux microbes les plus variés dont les plus communs sont le streptocoque, le staphylocoque, le bactérium coli commune.

Les infections ombilicales peuvent être de nature saprophytique ou pathogène. Elles se propagent par la voie lymphatique au péritoine, au tissu cellulaire de la paroi abdominale, aux gros vaisseaux sanguins; par la voie sanguine directement et elles peuvent alors engendrer la septicémie. L'infection peut atteindre chacune des parties de l'appareil ombilical d'une façon primitive, (le cordon, la plaie ombilicale, les vaisseaux), y rester localisée et s'éteindre sur place, ou gagner de proche en proche les parties voisines, enfin, envahir tout l'organisme, (pyémie ombilicale).

Lambert a réuni quelques phénomènes pathologiques qu'il considère comme symptômes communs aux infections ombilicales : fièvre, perte de poids, phénomènes gastro-intestinaux, ictère, éruption pemphygoïde. La perte de poids est bien loin d'être constante (Durante, Budin); le retard de la chute du cordon, l'œdème sus-pubien, non signalés par Lambert, sont assez fréquents.

L'infection de chaque partie de l'appareil ombilical donne lieu aux diverses formes cliniques.

Les infections du cordon lui même s'accompagnent le plus fréquemment de retard dans l'élimination du moignon : ce sont la putréfaction du cordon et le fungus ombilical.

La plaie ombilicale d'élimination ou de cicatrisation peut être infectée d'une façon grave : tétanos, érysipèle; omphalite phlegmoneuse, gangrèneuse, diphtéritique, de Baginsky, ulcère de Meynet, phlegmon de l'ombilic de Bouchut; ces cas sont rares aujourdhui. Elle peut présenter des formes de gravité moyenne, lymphangite péri-ombilicale; des formes en apparence bénignes, ulcération simple, blennorhée ombilicale, petit abcès sous-ombilical; enfin, des formes tout à fait bénignes, bourgeonnement de l'ombilic, granulôme. Les ulcérations simples, la blennorrhée n'ont en effet que les apparences de la bénignité : l'auteur rpporte deux cas de mort à la suite de l'ulcération simple, et plusieurs cas de mort avec présence sous l'ombilic d'un petit abcès resté méconnu pendant la vie. C'est précisément dans les deux premiers cas (ulcération simple) que la cupule ombilicale communiquait par un pertuis fin avec l'une des artères ombilicales non oblitérée : l'un des enfants avait 11 jours, l'autre 21 jours.

Les vaisseaux ombilicaux, enfin, sont susceptibles de s'infecter primitivement et directement sans périphlébite ni périartérite préalables; ils peuvent même être atteints en l'absence de phénomènes inflammatoires du côté de l'ombilic : Audion rapporte l'observation d'un enfant mort à 7 jours, ne présentant rien à l'ombilic en apparence; à l'autopsie : phlébite ombilicale, méningite suppurée; — dans une autre observation d'enfant morte à 35 jours, avec ombilic sain, l'autopsie révèle une artérite bilatérale. Certaines infections ombilicales des vaisseaux, enfin, quoique succédant à une inflammation ombilicale manifeste, peuvent passer inaperçues à l'autopsie, l'examen microscopique systématique les révélant seul.

La septicémie d'origine ombilicale; qu'elle soit due à une infection primitive des vaisseaux, ou secondaire à une complication vasculaire d'une affection ombilicale superficielle, qu'elle soit rapide ou lente, peut ne présenter aucun signe clinique particulier, et donner même lieu à des autopsies négatives; mais elle peut aussi engendrer l'hémorrhagie ombilicale tardive, accompagnée de lésions hépatiques (Boissard), ou certains foyers d'estéomyélite (Allard); elle pourrait aussi, suivant Audion, tenir sous sa dépendance certaines formes d'ictère infectieux du nouveau-né, qui ont été jusqu'ici rattachées à d'autres portes d'entrée; porte d'entrée intestinale (Lesage et Démelin); enfin, quand la septicémie ombilicale a une marche particulièrement lente, on pourrait constater à l'autopsie, des broncho pneumonies, des péricardites, des altérations intestinales, attribuables à une infection microbienne d'origine ombilicale aussi bien que les abcès sous-hépatiques ou les péritonites observées dans les formes aiguës; ces cas sont ceux où les autopsies sont ordinairement considérées comme négatives au point de vue de l'origine de la septicémie; elles ne le seraient pas toujours si on prenait soin de rechercher au microscope les différentes étapes franchies par les microbes dans leur marche de l'ombilic aux divers organes, lors de la production de ces infections généralisées à évolution lente, chez le nouveau-né.

On voit que l'infection des vaisseaux ombilicaux domine le pronostic, cette infection pouvant se montrer isolée et même passer inaperçue, ou compliquer une affection ombilicale bénigne en apparence. Le pronostic ne pourra être fixé au point de vue des diverses formes d'infection ombilicale que quand on aura des données précises sur la marche normale de l'oblitération définitive des vaisseaux ombilicaux.

Quant au traitement prophylactique, c'est également les vaisseaux qu'il doit s'efforcer de préserver : c'est-à dire que les écraseurs du cordon devront éviter de déchirer l'amnios entre la section du cordon et la peau, et devront également laisser les deux lamelles amniotiques adhérentes sur toute leur surface; c'est-à-dire aussi qu'il faudra continuer longtemps après

Digitized by Google

la chute du cordon l'antisepsie de l'ombilic, les vaisseaux pouvant rester perméables au fond d'une cupule ombilicale en apparence saine. — J.-H. M.

MÉDECINE LÉGALE

Les méfaits de l'alcool. — On ne saurait trop répéter les méfaits de l'alcool. D'après les chiffres officiels *(Ann. d'hyg. et de méd. lég.)* le département de la Seine comptait en 1867, 7805 aliénés; en 1996 il y eu 21,700. En trente ans le nombre des aliénés de Paris et de la banlieue a triplé! A Ville Evrard, sur cent entrées il a 22 alcooliques, près de 25 p. 100 — cette augmentation des déments n'est pas propre à la région de Paris. La province n'est épargnée et tous les départements souffrent de l'insuffisance de leurs asiles. L'alcoolisme voila l'ennemi. Si l'on songe que, d'autre part, les alcooliques forment le plus gros bataillon de l'armée du vice, de la misère ou du crime, on ne peut s'empêcher de penser que nous sommes en présence d'un vrai danger national et l'on ne comprend guère l'insouciance du Parlement et des pouvoirs publics ou plutôt leur complaisance envers les débitants du poison, dont nous sommes menacés de mourir.

M. Legrain, médecin de Ville-Evrard, dans une conférence faite à Genève sur les apéritifs, donne quelques renseignements sur les aliénés alcooliques dans le département de la Seine.

A l'asile de Vaucluse, où il a été médecin pendant 5 ans, on soigne de 250 à 300 enfants alcooliques.

De là, il a passé à Ville Evrard, où il a vu entrer dans son service de 450 à 500 alcooliques, venant de Sainte-Anne. C'est là qu'on envoie du Dépôt de la Préfecture de police de Paris, pour y être internés, les individus offrant des accidents alcooliques graves. Après un deuxième examen, fait 15 jours plus tard, les malades sont répartis dans les quatre asiles du département de la Seine qui reçoivent 6,000 pensionnaires.

Les neuf dixièmes de ces malades victimes de l'alcoolisme, sont des buveurs d'absinthe. En tête se placent les marchands de vins et autres débitants de liqueurs, au nombre de 40 sur 200, ensuite viennent les cochers et en troisième rang, non pas les ouvriers, mais les gens de bureau, habitués et esclaves de l'apéritif. L'apéritif a pris naissance chez le bourgeois et n'a passé que par contagion dans le peuple, hommes et femmes, car celles-ci prennent du vulnéraire et de l'eau d'arquebuse, où entre l'absinthe.

Et au point de vue de l'hérédité? que ne pourrait-on pas dire? Ces jours derniers, j'avais à examiner, au point de vue mental, une femme inculpée d'outrage public à la pudeur, elle avait été surprise dans les bois de Ville-d'Avray, se laissant relever les jupons par un individu, qu'elle venait de rencontrer. C'était une idiote ou tout au moins une imbécile; elle avait 35 ans et avait eu déjà deux enfants, dont l'aîné un garçon de 10 ans est interné à l'asile départemental de Saint Cyr, considéré comme idiot; son second enfant, une petite fille de 18 mois, ne serait guère plus intelligente. J'appris alors, par sa mère, une brave femme de 65 ans, que le père de cette malheureuse était un alcoolique, mort accidentellement. Elle avait eu, de cet homme, six enfants, quatre étaient morts de méningite de 2 à 4 ans, un cinquième était mort d'angine et la seule qui lui resta, celle que j'avais à examiner, avait eu, elle-même vers l'âge de quatre ans, au dire de la mère, « une fièvre cérébrale »! C'était à la suite de cette maladie que son intelligence avait cessé de se développer tandis que physiquement elle était encore assez bien constituée et capable d'avoir des enfants, mais des dégénérés, victimes, par contrecoup, de l'intoxication alcoolique. Si j'ai cité cet exemple, c'est que je viens, pour ainsi dire, de le rencontrer, mais combien d'autres semblables pourraient être cités!... — Dr E. Yot, Versailles.

MÉDECINE INFANTILE

L'hémoglobinurie paroxystique et la syphilis héréditaire. — La syphilis acquise est bien souvent la cause de l'hémoglobinurie paroxystique que les médecins désignaient autrefois par le terme d'essentielle pour masquer leur ignorance. — La syphilis héréditaire peut jouer le même rôle étiologique, ainsi que le prouve une observation très intéressante de Guaita et Valvassori-Peroni (*Boll dell' Assoc. sanit. Milanese* 1899).

Un garçon de cinq ans souffre depuis deux ans d'accès d'hémoglobinurie. Il est le dixième enfant d'un père et d'une mère syphilitiques.

Sa mère a eu quinze grossesses : onze se sont terminées à terme, quatre avant terme. Les cinq premiers enfants naquirent macérés; les six suivants, nés vivants, moururent à bref délai (trente, soixante heures, deux, trois, sept, huit mois après la naissance). Le dernier a eu depuis sa naissance la coqueluche et la rougeole.

Un jour d'hiver, à la campagne, à la suite d'un refroidissement, il fut pris de frissons, de soif, de cyanose, de fièvre et rendit les urines noires; l'acces dura neuf heures. Il se répéta à différents intervalles, tantôt trois ou quatre fois par semaine, tantôt une fois par mois. Le nombre total des accès a été de cent environ. La fièvre dépassa rarement 38°, 38° 5. Pendant l'accès, l'urine est de couleur malaga et peu abondante. Pas d'ecchymoses ni de purpura sur le corps.

Digitized by Google

L'enfant est pâle, sans autre symptôme morbide. Les urines ont pour densité 1025, contiennent 22 grammes d'urée par litre, sont acides et ne contiennent pas d'albumine, ni de pigment biliaire. Le sang est normal, contient 65 p. 100 d'hémoglobine.

Pendant les accès, les urines changent : elles contiennent 17 grammes d'urée et 15 gr. 5 d'albumine par litre. On n'y trouve pas de globules rouges, mais de l'hémoglobine, des microcoques isolés ou en chaînettes, des cristaux d'acide urique, etc. Le taux de l'hémoglobine du sang tombe à 45 p. 100; globules rouges, 3.100.000, globules blancs, 11.250.

Le 23 novembre 1897, on soumet l'enfant au traitement mercuriel (injections de sublimé de un demi-centigramme). Les accès ne disparaissent pas. Le 11 décembre, on trouve dans le sang 3.200.000 globules rouges et 11.000 leucoytes.

On remplace alors les injections mercurielles par des frictions. L'état s'améliore. Le taux de l'hémoglobine double autour de 60 p. 100, les globules rouges sont 3 millions. Puis, l'hémoglobine atteint 70 p. 100, 75 p. 100. Il y a encore quelques accès d'hémoglobinurie.

On administre ensuite de l'iodure de potassium. L'hémoglobine monte à 90 p. 100, les globules rouges à 3.400.000.

Après un traitement spécifique, très prolongé, l'enfant a engraissé de quatre kilogrammes et est presque guéri. — E. L. M.

MÉDECINE

Contribution à l'étude du deuxième bruit pulmonaire. — M. Hecht, du service du docteur Aloïs Pick, a étudié l'intensité du deuxième bruit pulmonaire et ses rapports avec celle du deuxième bruit aortique; dans ses investigations, il se servait du stéthophonomètre de Bettelheim-Gærtner. Cet appareil est représenté par un stéthoscope, relié à l'oreille par un tuyau de caoutchouc qui empêche la conduction des ondes sonores par les parois de l'instrument; la moitié supérieure du tube du stéthoscope porte une fente longitudinale de cinq millimètres de large; cette fente peut être couverte par un tube en ébonite, qui glisse sur le stéthoscope; si on déplace ce tube obturateur, une partie des ondes sonores s'échappe par la fente et, à un moment donné, on n'entend plus rien; le point auquel l'oreille ne perçoit plus le bruit ausculté est facile à noter, car le stéthoscope est divisé en centimètres et en millimètres. Inutile d'ajouter que les chiffres ainsi obtenus n'ont rien d'absolu; ils dépendent principalement de la finesse de l'ouïe de l'observateur et de l'épaisseur de la paroi thoracique du sujet. (*Wiener Klin. Wochenschrift*). Le bruit aortique est en général plus faible que le bruit pulmonaire, ce qui tient au plus grand éloignement de l'aorte et de la paroi.

Si le sujet est impressionné par l'examen, sa tension artérielle s'élève et l'intensité du bruit aortique augmente, pour diminuer de nouveau, quand le malade a eu le temps de se familiariser avec le procédé; cela est particulièrement vrai chez les névropathes.

Comme M. Potain l'a démontré depuis longtemps, l'intensité du deuxième bruit pulmonaire augmente pendant la digestion et s'abaisse avec la faim. Elle s'élève également dans les indigestions, gastrites, entérites, périthyphlites et péritonites. Elle baisse dans la bronchite simple aiguë, mais elle s'élève considérablement dans les bronchites grippales, suivant une marche inverse à celle de la tension artérielle et par conséquent à l'intensité du deuxième bruit aortique. Dans la pneumonie, dans l'emphysème, il en est de même; dans la pleurésie, les résultats sont inconstants.

D'après Smith (*Considerations in regard to acute obstructive diseases of the lungs. Xe Congrès international*) la diminution du deuxième bruit pulmonaire dans les maladies du cœur peut être symptomatique d'une amélioration de la circulation ou d'asthénie cardiaque. Hecht a pu observer les deux éventualités.

Si ces recherches ne nous apprennent rien d'inédit, elles confirment au moins d'une façon exacte en chiffres toute une série de faits connus. — Bd.

L'auto-intoxication. — La notion de l'auto-intoxication imposée à l'esprit par l'observation clinique, n'a pas encore conquis la faveur des hommes de laboratoire. Un travail critique de C. A. Ewald (*Berliner Klin. Wochenschrift*) le prouve une fois de plus. Avec un grand nombre de savants étrangers (Albu, Brieger, von Noorden, Senator, Godart et Slosse, Posner et Vertun), il met en doute les recherches fondamentales de Bouchard et de ses élèves sur la toxicité urinaire; il reprend les vieilles objections de la toxicité des sels potassiques et ammoniacaux, celle de la quantité du liquide injecté, et, pour ne pas être en retard sur la découverte du jour, il ajoute le dommage que cause à l'organisme l'injection d'un liquide à tension osmotique différente de celle du sérum : la toxicité de l'urine serait simplement proportionnée à sa concentration moléculaire et à l'abaissement de son point de congélation.

Les chimistes n'ont pas réussi encore à isoler les substances toxiques dans toutes les urines, dit-il. Nous ne pouvons que le regretter, tout en ajoutant que cela ne prouve rien. On ne peut pas nous forcer d'admettre que ces poisons « soient assez peu altérables pour

Digitized by Google

résister aux traitements toujours relativement brutaux que les chimistes imposent avec trop peu de ménagements à des substances infiniment délicates », comme s'exprime M. Linossier dans un travail sur les toxines vraies et les toxines relatives (*Presse médicale*, 12 mai 1900). Ewald lui-même reconnaît le coma diabétique et l'urémie comme des auto-intoxications : les chimistes ont-ils pu nous dire quel était ou quels étaient les poisons déterminant ces accidents? ne faut il pas tenir compte aussi dans une large mesure du terrain impressionné par le poison, point sur lequel Linossier insiste avec tant de raison dans son article que nous venons de citer?

Si, comme le répète Eswald, l'analyse du sérum sanguin n'a pas donné de résultats probants, cela peut parfaitement tenir aux petites quantités de ce liquide dont la clinique permet de disposer. Ne sait-on pas que pour préparer certaines ptomaïnes Brieger et A. Gautier ont dû laisser putréfier des tonneaux entiers de viande et des cargaisons de morue? que faire alors avec quelques centimètres cubes de sérum? Son injection en vue de l'expérimentation physiologique n'est pas possible à cause de son action globulicide d'une espèce animale différente.

« Néanmoins, conclut Ewald, l'observation cli-
« nique nous oblige de façon absolue par de nom
« breux faits à admettre une auto-intoxication dans
« des maladies bien différentes... Que le nouveau
« siècle nous en donne une conception plus précise. »
Souhaitons avec lui que le laboratoire rattrappe la clinique qui l'a encore une fois précédé. — Bo.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Abcès du cervelet. — M. Dieulafoy rapporte l'observation d'un malade de son service de l'Hôtel-Dieu, atteint des symptômes suivants : céphalée, perte d'équilibre, titubation, démarche ébrieuse, vomissements, vertiges, ictus subit, nystagmus, névrite optique bilatérale, parésie homologue du nerf moteur oculaire externe et du nerf facial gauches, somnolence, torpeur, coma vigil. Ces troubles firent porter le diagnostic d'abcès du cervelet, localisé dans le lobe gauche en raison des parésies des nerfs de la sixième et de la septième paire, consécutif à une otite moyenne récente. La trépanation du lobe gauche du cervelet ne permit pas de découvrir l'abcès : le malade ayant succombé au bout de 36 heures, on trouva à l'autopsie un petit abcès situé à la région antérieure du lobe gauche du cervelet, sans aucune autre lésion du voisinage ni du rocher. Il s'agissait d'un abcès à distance, comparable aux abcès à distance de l'appendicite, et sans connexion apparente avec le foyer originel. L'otite cause première des accidents, avait guéri.

M. Dieulafoy termine sa communication par les conclusions suivantes :

1° A quelques exceptions près, l'abcès du cervelet est toujours consécutif à une otite. Que l'otite soit aiguë ou chronique, qu'elle soit accompagnée ou non d'écoulement, peu importe ; du moment que la caisse du tympan a été infectée, les agents pathogènes peuvent exalter leur virulence à la faveur des cavités closes qui ont pour siège la caisse, l'antre, les cellules mastoïdiennes. Dès lors, ils se propagent en différentes directions.

2° Les lésions intra craniennes consécutives aux otites sont multiples : méningite cérébrale, méningite cérébro-spinale, pachy méningite, phlébite et thrombose des sinus, abcès du cerveau et du cervelet.

3° L'abcès du cervelet provoque généralement le syndrome cérébelleux ; céphalée à prédominance occipitale, vertiges, ictus, perte de l'équilibre, titubation, démarche ébrieuse, vomissements, nystagmus, contracture cervicale; névrite optique, asthénie musculaire, somnolence, état de torpeur voisine du coma. Ces symptômes composent le syndrome cérébelleux à l'état de pureté, ils peuvent exister, quelle que soit la partie du cervelet lésée, lobe droit, lobe gauche ou vermis.

Deux autres symptômes, la parésie faciale et la parésie du nerf moteur oculaire externe, permettent de localiser la lésion cérébelleuse à l'un des lobes du cervelet : c'était le cas chez notre malade.

4° Le diagnostic de l'abcès du cervelet présente quelque difficulté. Le syndrome cérébelleux a les plus grandes analogies avec le syndrome auriculaire ou labyrinthique; voici quels peuvent être les éléments de diagnostic. La céphalée d'origine labyrinthique n'a ni la violence, ni la persistance ni la localisation de la céphalée d'origine cérébelleuse ; la somnolence, la torpeur qui s'accentuent tous les jours dans la lésion cérébelleuse, n'ont rien de comparable dans le syndrome labyrinthique.

5° L'abcès du cervelet doit être distingué de l'abcès du cerveau (lobe temporo-sphénoïdal et lobe occipital). Au cas d'abcès cérébral, les troubles moteurs, parésie, contracture, spasmes, siègent du côté opposé à la lésion, et à l'otite ; la cécité verbale et l'hémianopsie sont deux signes importants.

6° Les tumeurs du cervelet, gliome, gliosarcome, tuberculome, tumeurs parasitaires, produisent elles aussi le syndrome cérébelleux ; mais ce syndrome est rarement à l'état de pureté, parce que les tumeurs, dans leur tendance à s'extérioriser provoquent des symptômes d'emprunt et de voisinage.

7° La syphilis du cervelet mérite une place à part au point de vue du diagnostic et du traitement.

8° L'intervention chirurgicale, en temps voulu, est le seul traitement applicable aux abcès du cervelet.

Antisepsie des voies respiratoires. — M. Laborde termine un rapport sur une étude du Dr Lacroix, traitant de l'antisepsie des voies respiratoires par les inhalations d'air

Digitized by Google

chargé de vapeurs de menthol, bromoforme et formol, par les conclusions suivantes :

Lorsqu'on fait passer au travers d'un mélange de bromoforme, formol et menthol, chauffé en vase clos, un courant d'air, on obtient un gaz médicamenteux inhalable, parfaitement toléré. Ce gaz stérilise le pus et détruit la virulence du bacille de Koch.

La laryngoscope montre qu'il agit toujours favorablement sur les voies respitoires. Enfin, il donne d'excellents résultats dans les affections microbiennes laryngo-pulmonaires et en particulier la tuberculose (*26 juin*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Albuminurie orthostatique. — MM. Ch. Achard et Lœper. Nous avons observé une petite fille de douze ans, chez laquelle l'urine renferme de l'albumine en quantité généralement très faible, le plus souvent au-dessous de 50 centigrammes par litre. Cette albuminurie apparaît sous l'influence de la station debout ; elle disparaît par le décubitus horizontal et le repos, et même le repos prolongé supprime pour quelque temps, l'action provocatrice de la station debout. L'attitude assise, les jambes pendantes, ne la fait pas reparaître La faradisation musculaire est suivie du passage de traces d'albumine. Le régime alimentaire est sans influence.

Les urines assez abondantes (1 lit. 1/2 à 2 litres) et de densité peu élevée (1016), ne renferment pas de cylindres; elles présentent des flocons d'apparence muqueuse; l'acide oxalique s'y trouve en forte proportion (25 centigrammes). L'urée est normale (21 grammes). La sérine prédomine sur la globuline.

On ne relève pas, dans les antécédents de la petite malade, les stigmates névropathiques, ni la tendance aux troubles vaso-moteurs des extrémités, qui ont servi à édifier une théorie nerveuse de l'albuminurie orthostatique. Les renseignements recueillis, permettent seulement de soupçonner la possibilité d'une néphrite infectieuse à l'origine des accidents, car l'enfant, à l'âge de six ans, a été atteinte d'une maladie fébrile, accompagnée de convulsions et d'albuminurie.

L'épreuve du bleu de méthylène a montré l'élimination d'un taux sensiblement normal de matière colorante (24 milligrammes en vingt quatre heures, après injection de 50 milligrammes); mais une prolongation un peu excessive de cette élimination (cinq à sept jours). Enfin, l'épreuve de la phloridzine a donné une glycosurie régulière.

Ajoutons que ces épreuves ont fourni des résultats à peine différents pendant une période d'albuminurie et pendant une période où elle faisait défaut. Cette concordance montre bien qu'il ne se produit pas, sous l'influence de la station debout et à l'occasion de l'albuminurie, de modifications profondes dans les fonctions de l'ensemble du parenchyme rénal. Il est, d'ailleurs, vraisemblable que, dans ces albuminuries minima, le passage de l'albumine n'a pas lieu dans toute l'étendue de ce parenchyme, mais seulement en des points limités.

Nous croyons pouvoir saisir, chez notre malade, les signes indicateurs d'une lésion rénale à l'état d'ébauche. Il n'en est peut-être pas de même dans tous les cas d'albuminurie orthostatique. Mais s'ensuit-il qu'on doive séparer complètement les premiers des seconds ? Cela nous paraît douteux, car il y a des transitions entre les formes pures de l'albuminurie orthostatique et les cas d'albuminurie permanente avec recrudescence sous l'action de la position debout et de la marche. La disparition même de l'albuminurie ne permettait pas d'écarter l'idée d'une lésion rénale circonscrite, car la sclérose cicatricielle, selon l'opinion de certains auteurs, pourrait amener l'imperméabilité à l'albumine, en même temps que la perte irrémédiable du territoire rénal correspondant.

Aussi, le pronostic nous paraît-il devoir comporter quelques réserves, surtout lorsque les malades n'ont pu être suivis pendant des années.

M. Widal. — Les albuminuries légères, que l'on voit persister longtemps, compatibles avec une bonne santé, doivent cependant être considérées comme symptomatiques d'une altération rénale.

M. Siredey. — La plupart des nephrites observées au cours des maladies infectieuses de l'enfance, persistent souvent avec une tenacité décontertante, et reparaissent après des éclipses plus ou moins prolongées.

Bien souvent l'albuminurie a disparu pendant plusieurs mois ou même plusieurs années, et on la voit reparaître sous l'influence des causes les plus minimes. Il est difficile alors de la rattacher à la maladie initiale, cause première des altérations rénales.

M. Rendu. — L'intégrité du rein est suspecte chez les individus atteints d'albuminurie intermittente, quand même leur santé se maintient parfaite en apparence. Bien plus, de nombreux albuminuriques jouissent d'une santé exellente, n'ont jamais de troubles fonctionnels, alors qu'ils ont constamment de l'albumine, parfois même en quantité notable.

M. Sevestre. — Des albuminuries très abondantes peuvent être bien tolérées pendant de longues années chez les adultes.

Chez les enfants, les albuminuries intermittentes ne sont pas rares et se relient souvent à une maladie infectieuse véritable, soit à une infection mal déterminée.

Action de l'aspirine sur la fièvre des tuberculeux. — MM. Louis Rénon et Latron. L'aspirine, employée avec succès en Allemagne, comme succédané du silicylate de soude, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, jouit aussi de propriétés antipyrétiques qui viennent d'être mises en évidence par H. Liesau.

L'aspirine est une combinaison d'acide acétique et d'acide salicylique, l'acide acétyl-salicylique, obtenu en faisant agir l'anhydride acétique sur l'acide salicylique, très peu soluble dans l'eau, facilement soluble au contraire dans les liquides alcalins. Elle n'est pas attaquée par le suc gastrique et se dédouble dans le suc intestinal, en mettant en

Digitized by Google

liberté l'acide salicylique, qui est dès lors sans action nocive sur l'estomac.

Nous avons eu l'idée d'utiliser son action contre la fièvre tenace des tuberculeux, escomptant dans l'aspirine, l'effet de l'acide salicylique employé avec succès par le professeur Jaccoud dans le même but. Nous avons donné l'aspirine à la dose de un, deux et trois grammes par jour, aux phtisiques les plus atteints de notre service, minés par la fièvre hectique.

Dans les trois quarts des cas, nous avons observé un effet antipyrétique immédiat. La température baissait de un, deux et même trois degrés dans l'après midi, avec tendance à remonter le soir vers 8 ou 9 heures. La température, prise quatre et cinq fois dans la journée, donnait une courbe d'aspect inverse du temps normal, avec maximum le matin. Très rarement, l'effet antipyrétique ne se produisait que le lendemain. Quand on supprimait l'aspirine, la température remontait presque toujours aux degrés élevés qu'elle marquait avant son emploi. L'apyrexie ne manquait presque jamais avec 3 grammes ; il est souvent suffisant de 2 grammes et même de 1 gramme.

L'action antipyrétique de l'aspirine est-elle susceptible d'utilisation thérapeutique ?

Sans discuter si l'on doit ou non combattre la fièvre des tuberculeux, qui peut tomber par la cure seule de repos, en recherchant les avantages et les inconvénients de l'aspirine, on voit que le plus gros inconvénient, et c'est peut-être même la cause de la baisse de la température, tient aux transpirations abondantes qu'elle provoque. On est obligé de changer le phtisique plusieurs fois de suite de linge, et il peut en résulter un affaiblissement temporaire consécutif à cette sudation énergique ; mais jamais nous n'avons vu de collapsus, ni même de fléchissement du pouls. Par contre, certains malades se sont très bien trouvés de l'absence de fièvre, la période de transpiration passée. Chez tous, l'appétit s'est maintenu comme avant, et même il est devenu meilleur chez quelques-uns. La tolérance gastrique a été absolue. En un mot, il nous a semblé que, chez ces malades, parvenus au dernier degré de la phtisie, plongés dans le plus lamentable état, la vie s'était peut-être maintenue dans des conditions moins mauvaises que nous ne pouvions l'espérer.

L'action antipyrétique de l'aspirine, sur la plupart des cas de fièvre hectique des tuberculeux, est un fait acquis. Des recherches ultérieures nous diront si cette action est susceptible d'applications pratiques.

M. Faisans se demande s'il n'y a pas d'inconvénient à provoquer aussi rapidement les abaissements de température de 2 degrés et même plus, abaissements accompagnés de sueurs profuses. En produisant une telle perturbation nerveuse, n'expose-t-on pas ces malades aux dangers du collapsus ? D'ailleurs les effets de l'aspirine sont très-fugaces ; la fièvre regagne rapidement son niveau primitif. Ce médicament, comme les autres antithermiques, n'agit donc pas sur la cause de la fièvre tuberculeuse, qui est l'infection. La cure hygiénique, le repos à l'air libre, est encore le moyen le plus inoffensif et efficace de la combattre.

Epanchement pleuro-péritonéal hémorrhagique. — M. Fernet rapporte l'observation d'un malade alcoolique atteint d'un épanchement sero-sanguinolent de la plèvre gauche et du péritoine, que l'on dut ponctionner plusieurs fois. Il n'existait pas de tuberculose ni de cancer viscéral. A l'autopsie, on trouva une cirrhose atrophique, une sclérose du rein et du poumon. Ce fait montre que le cancer et la tuberculose ne sont pas seuls capables de produire des inflamations péritonéo-pleurales hémorrhagiques ; mais que l'action sclerosante et irritative de l'alcool peut déterminer le même résultat. (*22 juin*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Cryptorchidie intra-abdominale. — M. Routier cite un cas de cryptorchidie avec testicules intra-abdominaux, de volume normal, vaginale complète et épididyme.

Il s'agit d'un garçon de 21 ans, de taille moyenne, ayant des érections fréquentes, et sujet à des crises douloureuses violentes chaque fois qu'il pratiquait le coït. Les bourses étaient vides. On ne sentait rien à gauche qui pût faire soupçonner la présence du testicule dans le canal inguinal la pression en avant de l'épine iliaque antérieure et supérieure était douloureuse. A droite, côté douloureux spontanément, on soupçonnait dans la partie haute du canal une petite tuméfaction. Pas de hernie.

M. Routier se mit en devoir de chercher les testicules et de les fixer dans le scrotum. Il mit d'abord à nu le canal inguinal droit, mais trouva le testicule entouré de la vaginale et caché derrière le péritoine de la fosse iliaque : comme il était impossible de l'attirer en bas, il se contenta de le libérer de ses adhérences fibreuses et musculaires et le laissa libre dans l'abdomen, reconstituant toutefois le trajet inguinal, comme dans les hernies.

Les mêmes dispositions anatomiques existaient à gauche; la conduite fut la même.

Cet homme guérit sans incident ; il put se livrer au coït, comme avant ; toutefois le sperme était privé de spermatozoïdes.

Opération du varicocèle. — M. Brault communique un procédé de traitement de varicocèle douloureux, irréductible par l'excision postero-latérale du scrotum combinée avec la résection des veines variqueuses. (*20 juin*).

PROFESSEUR LANGE (de Copenhague)

J'apprends la douloureuse nouvelle de la mort inopinée du professeur C.-G. Lange (de Copenhague), que je connaissais déjà par ses grands travaux, mais que j'avais appris à aimer pendant mon récent voyage en Scandinavie : « un grand savant doublé d'un homme de cœur », comme je le disais dans la relation de ce voyage que nos lecteurs n'ont certes pas dû oublier. C'était une belle figure, un grand caractère, fait de loyauté impeccable et de sévère indépendance qui lui avaient conquis l'estime et le respect de tous ses collègues Danois. Secrétaire général du Congrès international de Copenhague en 1884, il refusa énergiquement toutes les décorations étrangères et danoises qu'on lui offrit à cette oc-

Digitized by Google

casion. Quelle leçon pour ceux qui voient dans tous ces Congrès beaucoup plus les honneurs que l'honneur !

Professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Copenhague depuis 1875, ayant été chargé par son gouvernement d'une mission au Groenland en 1863, Lange est mort à l'âge de 66 ans, après avoir honoré son pays par des travaux remarquables : études sur les dégénérescences secondaires de la moelle dont il pouvait, à bon droit, réclamer une grande part de priorité ; leçons sur la pathologie générale de la moelle épinière (1871-1876) ; recherches sur la myélite chronique (1874), sur la pathogénie vaso-motrice des émotions (1885), sur les états périodiques de dépression (1886), sur la physiologie des « jouissances » comme base d'une esthétique rationnelle (1899).

A la famille de cet homme de bien, de ce grand chercheur qui savait aimer la jeunesse et s'en faire aimer, au corps médical danois qu'il honorait par sa science et les hautes qualités de son cœur, j'adresse l'expression sincèrement émue de mes plus vives et douloureuses condoléances. — H. Huchard.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Igazol du professeur Cervello

On a essayé à plusieurs reprises la formaline en thérapeutique. Tout permettait de supposer, à priori, que ce médicament devait avoir une action thérapeutique sur la tuberculose pulmonaire ; mais ses propriétés trop énergiques firent échouer tous les essais qui furent tentés. On était sur le point de se contenter de l'utiliser pour la désinfection des habitations, lorsqu'il y a à peu près un an, le professeur Cervello, de Palerme, fit, au Congrès international de Berlin, sa première communication.

Cette communication, très modeste et très réservée dans ses conclusions ne provoqua pas l'attention du monde savant. Mais, dans ces derniers mois, en Allemagne et dans beaucoup d'autres pays, les observations recueillies sur le traitement de la tuberculose par les inhalations d'igazol, permirent de constater des résultats si appréciables, qu'il est aujourd'hui du devoir de tout médecin de se préoccuper de ces faits.

L'igazol est une poudre blanche, constituée en grande partie par du trioxyméthylène et une certaine quantité de substance de composition iodée. Pour s'en servir, Cervello a fait construire un appareil spécial qu'il appelle vaporigène et qui n'est autre chose, en définitive, qu'un réservoir dont la face supérieure absolument horizontale est chauffée en-dessous par une petite lampe à esprit de vin. Ce bain-marie, très ingénieux et très pratique, porte un dispositif particulier qui permet que la vapeur d'eau ne se perde pas dans l'atmosphère et que le niveau de l'eau ne baisse pas. C'est sur le plateau représenté par la face supérieure de ce bain-marie qu'on met l'igazol. D'après Cervello, pour obtenir des résultats pratiques, il faut faire vaporiser 2 grammes d'igazol dans une chambre d'un volume de 80 mètres cubes. Telle est la dose initiale ; mais on peut l'augmenter graduellement et arriver à 4, 5 et même 6 grammes.

La meilleure manière, dit Cervello, d'employer l'igazol, est de s'en servir le soir, avant de se coucher, de façon à dormir en respirant l'atmosphère médicamenteuse.

Dans tous les cas où survinrent l'amélioration et la guérison, les malades augmentèrent de poids parallèlement à l'amélioration de leurs lésions. Il va sans dire qu'ici comme dans toutes les méthodes de traitement, le traitement diététique et le traitement hygiénique occupent aussi le premier rang et ne sont pas à négliger. Il est aussi de toute évidence que si l'igazol est capable de détruire les bacilles de la tuberculose, il est incapable de supprimer les désordres anatomo-pathologiques très graves. Il faut donc l'appliquer dès le début de la tuberculose et c'est dans ces cas que, d'après tous les auteurs qui se sont occupés de la question, les résultats sont les plus évidents.

Ce qu'il y a de très particulier dans l'histoire de l'igazol, c'est que les malades supportent ces vapeurs beaucoup plus facilement que les personnes saines. Pendant le premier quart d'heure, les malades éprouvent des picotements dans les yeux et un peu d irritation laryngée, mais tous ces phénomènes disparaissent très vite. Il y a donc, dans cette sensibilité à l'égard des vapeurs d'igazol, presque un signe nouveau pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

La première communication du professeur Cervello relatait l'histoire de 26 tuberculeux, soignés pendant deux mois et sur lesquels 10 avaient guéri, 9 étaient presque guéris et 2 améliorés ; pour 5 le résultat était négatif.

Les recherches avec ce médicament ont été faites en particulier à l'hôpital de la Guadagna et publiées par les docteurs Avellone, Pitini et Sorgi. Ce travail porte sur 55 malades, dont 15 furent complètement guéris, 14 presque guéris, 10 améliorés, 5 aggravés, 10 morts et 1 dont l'état demeura stationnaire. Sur les 15 malades guéris, 5 furent reçus à l'hôpital avec de la tuberculose au début, 8 avec un état grave, et 2 avec un état très grave. On n'a observé d'ailleurs une rechute que dans un seul cas (Avellone, Pitigi et Sorgi. — *I Tisici dell' Ospedale della Guadagna* — Palerme 1900).

Les docteurs de Gioffredi et Bozicalupto ont publié dans *Archivio di Farmacologia e Therapeutica 1900*, les résultats très satisfaisants du traitement par l'igazol, résultats qui ne sont pas, disent-ils, tout entiers explicables par les propriétés antiseptiques de la formaline ; il y a en dehors de ces propriétés d'autres propriétés véritablement spécifiques du médicament.

A citer également, la monographie du docteur Silla-Passarini, (8 cas) publiée dans le *Policlinico* du professeur Baccelli de Rome 1899, et les observations de Ramistella constatant la disparition des bacilles après un mois et demi de traitement ; enfin, les observations recueillies à l'hôpital de la Miséricorde au Brésil.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE

Hôpital Saint-Louis. — M. le Pr FOURNIER

De la Syphilis intestinale

I. — Certes, les affections spécifiques de l'intestin sont encore de véritables curiosités. Elles constituent, peut-on dire, un ordre de manifestations des plus rares dans la syphilis, et je déclare, pour ma part, n'en avoir guère observé plus d'une douzaine de cas dans ma carrière.

Et cependant, peut-être bien seraient-elles moins exceptionnelles si, de parti pris ou tout au moins d'une façon préconçue, on ne les considérait comme telles. J'imagine que maintes fois on passe à côté d'elles sans les reconnaître, parce qu'on ne les croit guère possibles, et cela grâce au silence de la plupart des pathologies classiques à leur égard. La preuve en est que, dans la grande majorité des observations qui leur sont relatives, elles sont restées longtemps méconnues — et longtemps veut dire en l'espèce six mois, un an, deux ans, trois et voire quatre ans — jusqu'au jour où, de guerre lasse, on a fini par en soupçonner la nature vraie. Et, en effet, le schéma usuel de ces observations n'est autre que celui ci : malade affecté d'une diarrhée chronique qu'on ne sait à quoi rapporter ; — essais multiples et invariablement infructueux de médications antidiarrhéiques des plus diverses ou, pour mieux dire, de tout ordre ; — alors, mieux inspiré et éclairé d'ailleurs par les insuccès de ses devanciers, un médecin se prend à dire : « Ah ! mais est-ce que par hasard, par impossible, cette diarrhée ne serait pas d'origine syphilitique ? » — puis, sur cette donnée, ce simple soupçon, il prescrit une médication iodurée ou mercurielle. Tout aussitôt, coup de théâtre. Réfractaire jusqu'alors à tout remède, voici cette diarrhée qui diminue, qui s'apaise, et, finalement, qui guérit. Telle est l'histoire, neuf fois sur dix, de ces entéropathies syphilitiques.

II. — Récuser, voire tenir en doute les affections de cet ordre serait impossible, car leur authenticité ressort, non pas seulement de faits cliniques bien observés, mais de données anatomo-pathologiques irrécusablement démonstratives. Maintes fois on a rencontré, à l'autopsie de sujets syphilitiques, des lésions intestinales qui ne pouvaient être rapportées qu'à la syphilis, à ne parler même ici que de la syphilis acquise des adultes et sans tenir compte de la syphilis infantile héréditaire où de telles localisations sont infiniment plus fréquentes.

Une riche collection de documents anatomiques afférents à ce sujet a été produite par un de nos distingués collègues des hôpitaux, le Dr Gaillard, dans un très intéressant mémoire publié par la *Presse médicale* de janvier 1897. On y voit la syphilis se traduisant dans l'intestin par des lésions diverses, à savoir : soit par des gommes miliaires ; — soit par des infiltrats discoïdes, denses et épais, variables de nombre et d'étendue, originairement secs, mais s'ulcérant plus tard, analogues en un mot de tous points aux infiltrats cutanés qui constituent les syphilides cutanées, au point de pouvoir être considérés comme des *syphilides intestinales ;* — soit par des ulcérations, soit par des cicatrices ; — soit, plus rarement, par des sténoses, des perforations intestinales, etc. Et, pour être restée quelquefois discutable, la spécificité de telles lésions a été, en nombre de cas, reconnue comme formelle par des anatomo-pathologistes et des histologistes des plus autorisés, tels que M. Cornil ou M. Hayem.

III. — Ce qui n'empêche, je le répète à dessein, qu'en pratique ces entéropathies de la syphilis acquise ne soient très habituellement méconnues. C'est même là ce qu'on peut appeler le fait courant, la règle. Et pourquoi restent-elles ainsi méconnues? Pour cette raison que, symptomatologiquement, elles n'ont *rien de spécial.* Qu'est-ce qui les constitue, en effet ? Ceci : comme symptôme de fond et symptôme constant, une diarrhée persistante, rebelle, chronique ; — comme symptôme annexe assez habituel, des *coliques* ou des douleurs abdominales, d'ailleurs variables d'intensité ; — et enfin, comme complication peu fréquente, un *aspect ensanglanté* et *dysentériforme* des matières. Et c'est tout.

Or, quoi de plus banal que tout cela? Que d'affections intestinales, en dehors de la syphilis, susceptibles de se traduire par un ensemble symptomatologique de ce genre ! Si bien qu'en face d'un tel ensemble tout un chacun se dit : Mais pourquoi songer à la syphilis, pourquoi la mettre en cause, alors qu'elle ne se dénonce en l'espèce par quoi que ce soit de spécial ?

Pourquoi ? Parce qu'il faut songer à la syphilis, alors même qu'elle ne se dénonce par rien de spécial. Parce que les viscéropathies de la syphilis n'ont et ne sauraient avoir *rien de spécial.* Un viscère malade traduit sa souffrance par le trouble des fonctions qui lui sont dévolues, mais il n'a pas une modalité de troubles fonctionnels adaptée à la qualité de toute cause pathogène qui peut l'affecter. Sur ce point, une comparaison spirituelle d'un auteur anglais, Buzzard, est restée célèbre et trouve incessamment son application. « Le trouble fonctionnel d'une montre, a-t-il dit, est toujours le même, quelle que soit l'origine de ce trouble ; et ce trouble n'est autre que l'arrêt de la montre, n'importe que ce soit un cheveu ou un

Digitized by Google

grain de sable qui se soit glissé dans ses rouages ». Par conséquent, la banalité des symptômes n'a pas de signification pour ou contre la spécificité d'origine des accidents ; et en l'espèce, c'est-à-dire à propos d'une diarrhée persistante, la syphilis peut ou même doit être mise en cause aussi bien que n'importe quelle autre influence pathogène.

IV. — Cela dit, voyons maintenant quels éléments séméiologiques, une diarrhée chronique se présentant à nous, peuvent d'abord éveiller le soupçon sur la qualité spécifique de cette diarrhée, et permettent plus tard d'en affirmer la spécificité.

Le soupçon, en premier lieu, ressortira ou pourra ressortir des quatre considérations suivantes :

1° *Antécédents syphilitiques* du malade ;

2° Absence de toute cause vulgaire (j'entends autre que la syphilis) à laquelle une diarrhée puisse être légitimement imputable ;

3° *Résistance singulière* (presque significative parfois) de cette diarrhée aux agents thérapeutiques divers dont le propre est de tarir les diarrhées vulgaires ;

4° Enfin, *coïncidences morbides*. Il n'est pas rare, en effet, — pourquoi ? je l'ignore, — que l'entérite tertiaire s'observe en compagnie d'autres accidents tertiaires. Ainsi, dans quatre cas qui me sont personnels, je l'ai vue coïncider une fois avec une exostose humérale et de violentes douleurs ostéocopes du fémur ; — une fois avec une arthropathie du genou indéniablement spécifique ; — une fois avec reliquats d'une ancienne syphilis du cerveau, puis céphalée récente et périostose de l'arcade sourcillière ; une fois, enfin, avec un de ces états neurasthéniques qui reconnaissent si souvent la syphilis comme origine causale.

Dans ces quatre cas, j'ai donc été logiquement conduit à suspecter la qualité spécifique de l'entéropathie, et quatre fois les résultats thérapeutiques ont absolument confirmé cette très rationnelle induction, comme, par exemple, dans le cas suivant :

Un homme de soixante deux ans vient réclamer mes soins, en octobre 1897, pour « d'affreuses douleurs » dont il souffre depuis quatre mois au niveau des cuisses et de l'épaule gauche. Il accuse de plus une diarrhée notablement intense, durant depuis dix-huit mois au moins, et restée réfractaire à une série de médicaments des plus divers. Je l'examine. Rien d'appréciable ni aux cuisses, ni à l'abdomen ; mais, en revanche, constatation facile d'une exostose affectant la tête humérale. — Sur cette donnée et sur l'aveu d'une syphilis remontant à quarante ans (veuillez au passage remarquer ce tertiarisme à aussi lointaine échéance), je prescris l'iodure de potassium à bonnes doses. Résultats : sédation presque immédiate des douleurs osseuses : — diminution, puis disparition absolue, après trente et un jours (exactement), de l'exostose humérale ; — diminution ,puis guérison (en deux mois environ) de la diarrhée, laquelle n'a plus reparu depuis quatre ans.

Voilà pour les éléments séméiologiques susceptibles d'éveiller, relativement à une diarrhée chronique, un *soupçon*, je dis un simple soupçon de spécificité. Venons maintenant à l'*affirmation* de cette spécificité.

La démonstration, en l'espèce, est exclusivement d'ordre *thérapeutique*. Elle ressort des effets du traitement. Or, en bien des circonstances, elle est fournie d'une façon éclatante par les résultats à la fois rapides, intenses et définitifs, de la médication antisyphilitique. Comment ne pas croire à la spécificité d'une diarrhée qui, après avoir résisté longtemps et opiniâtrement à tout l'arsenal des antidiarrhéiques vulgaires, cède tout à coup, comme par enchantement, et d'une façon permanente, à l'intervention du mercure ou de l'iodure ? Or, c'est là ce qui a été observé maintes fois, comme dans le cas que je relatais à l'instant, comme en ces deux autres cas que je demanderai la permission de citer encore comme exemples :

Obs. I. — Homme de trente-deux ans, de très bonne santé habituelle. Syphilis remontant à quatre ans. Depuis six à huit mois, diarrhée survenue sans cause et souvent accompagnée d'une douleur transversale, « en barre » suivant le trajet du côlon. Trois à quatre selles liquides par jour. — Echec absolu de diverses médications antidiarrhétiques. — A ce moment, invasion de troubles cérébraux contre lesquels est prescrite une médication intensive par frictions mercurielles et iodure de potassium. — Tout aussitôt, la diarrhée s'apaise, puis se supprime en quelques semaines, pour ne plus reparaître au delà. — Guérison parallèle des symptômes cérébraux.

Obs. II. — Femme de trente ans, de bonne constitution et sans tare héréditaire. Mariée à un sujet syphilitique, dont elle a sans doute contracté la syphilis conceptionnellement. — Fausse couche. — Quelques années plus tard, arthropathie subaiguë, puis chronique, d'un genou ; cette arthropathie, qu'on ne sait à quoi rapporter et que, faute de mieux, on a considérée comme rhumatismale, résiste à de nombreux traitements. — Un an plus tard, invasion d'une diarrhée d'abord légère, puis intense. En moyenne, huit selles par jour ; fort souvent, dix, douze et quinze selles dans les vingt-quatre heures, au point que la malade ne peut guère faire une promenade sans entrer dans une latrine publique, et qu'elle dit en plaisantant « connaître tous les water-closets de la capitale ». En outre, douleurs abdominales parfois très vives, au point d'avoir donné le soupçon de quelque complication utérine. — Examinée à ce dernier point de vue et reconnue parfaitement saine. — Impuissance absolue d'une interminable série de médications antidiarrhéiques. — Quinze mois plus tard, douleurs erratiques dans les os des membres, puis surtout à la plante des pieds ; sensibilité du genou accrue, avec léger épanchement. A ce moment, de guerre lasse, on prescrit *empiriquement* la liqueur de Van Swieten, à la dose d'une grande cuillerée par jour. Résultat

Digitized by Google

étonnant sur tous ces divers symptômes : disparition des douleurs osseuses et des douleurs abdominales; disparition de l'hydarthrose et de la gêne fonctionnelle du genou; disparition de la diarrhée en l'espace d'un mois environ.

Depuis lors, quelques légères récidives de diarrhée, toujours combattues avec plein succès par la liqueur de Van Swieten, que parfois même la malade se prescrit de son chef. — Actuellement et depuis plusieurs mois, santé excellente, absence de toutes douleurs, selles régulières, et parfois même constipation.

Quoi de plus significatif, dans ce dernier cas, en faveur de la spécificité d'origine des accidents intestinaux, que cette *continuité d'action* de la liqueur de Van Swieten, guérissant une première fois une diarrhée intense, chronique et rebelle à tous remèdes, puis la guérissant ensuite et toujours dans une série de récidives? D'autant que le même fait n'est pas sans analogue dans la syphilis infantile héréditaire. Ainsi, à n'en citer qu'un exemple, j'ai dans ma clientèle un petit enfant de vingt-deux mois, issu d'un père syphilitique et d'une mère saine, qui a été guéri une première fois par la liqueur de Van Swieten d'une diarrhée chronique, ayant résisté à une foule d'autres remèdes, et chez lequel, de plus, le même agent a enrayé de même plusieurs récidives ultérieures. L'action curative de cette liqueur est d'évidence telle sur l'enfant en question que plusieurs fois sa mère n'a pas attendu ma visite pour y avoir recours et qu'elle me disait encore dernièrement ceci en propres termes : « Dès que Bébé est repris de sa diarrhée, je lui donne son Van Swieten, et tout rentre dans l'ordre en quelques jours. »

N'est-ce pas ici le cas ou jamais de répéter une fois de plus le vieil adage : *Naturam morborum curationes ostendunt?*

V. — Pour épuiser le peu que je sache encore sur le sujet, j'ajouterai à ce qui précède les deux remarques suivantes :

1° C'est d'abord, au point de vue symptomatologique, que ces diarrhées de la syphilis tertiaires paraissent assez fréquemment sujettes à *récidives*. Plusieurs fois, après guérison, je les ai vues se renouveler, à intervalles d'ailleurs très variables ou de quelques mois ou même d'un à deux ans. Tel a été le cas sur la malalade dont je racontais l'histoire à l'instant. Tel a été le cas également sur un autre de mes clients qui, guéri une première fois en 1876 — et cela par le traitement spécifique — d'une diarrhée chronique indubitablement imputable à la syphilis, fut repris en 1878 d'une diarrhée semblable et n'en guérit encore que par le même traitement.

2° En second lieu, relativement à l'échéance chronologique de ces entéropathies tertiaires dans le cours de la syphilis, je noterai ce fait curieux, qu'elles peuvent être *tardives*, singulièrement tardives. J'en ai rencontré deux cas (incontestables, je crois) sur des sujets dont l'infection remontait bien certainement à 19 et 40 ans.

VI. — Dernier point. — Quel traitement réclament ces entéropathies tertiaires? Le traitement antisyphilitique, cela va de soi, sans préjudice, bien entendu, des ressources offertes ici comme ailleurs par le régime et l'hygiène. Mais quelle variété de traitement antisyphilitique leur est applicable?

Trois points à préciser en l'espèce ;

1° L'iodure de potassium, prescrit seul à l'exclusion de tout autre remède, compte des succès. D'après quelques faits, cependant, il semble mériter moins de confiance que le mercure, surtout comme effets préventifs. Ce n'est là, au surplus, que le reproche général qu'on peut lui adresser en tant que médicament antitertiaire. Comme chacun le sait, en effet, il constitue un merveilleux « effaceur » bien plutôt qu'un véritable guérisseur des accidents tertiaires. Il *blanchit*, comme on dit vulgairement, mais il laisse *revenir*, c'est-à-dire il permet des rechutes, des récidives; bref, il ne possède pas contre la syphilis cette action de fond d'ensemble, et surtout cette action profonde, intime, persistante, cette action de *sauvegarde pour l'avenir* qui semble dévolue bien plus sûrement au mercure.

2° C'est le *traitement mixte* qui a été le plus souvent mis en œuvre contre les entérites spécifiques et presque toujours avec de très heureux résultats.

3° Enfin, en ce qui concerne le mode d'administration du mercure dans l'ordre des cas qui nous occupe, on pourrait croire naturellement contre-indiquée la méthode par ingestion dans un état morbide constitué par des lésions ulcératives de l'intestin. L'expérience ne confirme pas cette induction très rationnelle; car, en plusieurs cas, le protoiodure et la liqueur de Van Swieten non seulement ont été absolument bien tolérés, mais de plus ont guéri.

On est donc autorisé d'après cela à prescrire le mercure par la bouche. Mais, en vérité, pourquoi courir le risque d'une intolérance ou d'une irritation gastro-intestinale, alors que nous disposons d'autres méthodes inoffensives ou très généralement inoffensives à ce dernier point de vue? Logiquement donc et prudemment, mieux vaut, je crois, avoir recours aux méthodes externes, c'est-à-dire soit aux *frictions*, soit aux *injections hypodermiques*, qui me semblent constituer le *traitement de choix* en l'espèce, tout au moins d'après les résultats de la petite expérience personnelle que j'ai acquise sur le sujet (1).

(1) Acad. de méd. *(juillet 1900)*.

Digitized by Google

ÉTUDE CLINIQUE

A propos du diagnostic et du traitement de l'actinomycose cutanée

Par les Drs Olivier Lenoir et André Claisse
anciens internes des hôpitaux

L'actinomycose est certainement une affection rare, en particulier, dans la région parisienne; bien que la plupart des cas qui y sont observés soient publiés, la liste est assez restreinte, chaque année. Il est, d'ailleurs, vraisemblable qu'un certain nombre passent inaperçus et sont confondus avec d'autres affections, car les difficultés de diagnostic sont parfois très grandes.

L'actinomycose affecte une diversisté d'aspects et de marche dont toutes les modalités ne sont pas connues. Aussi, est-il intéressant de rapporter les cas qui présentent quelque particularité : c'est par la réunion de ces observations plus ou moins isolées que le tableau d'ensemble de l'affection qui nous occupe prendra plus de valeur, plus de lumière.

N'ayons en vue que les lésions superficielles : leur diagnostic est loin d'être toujours aisé. Voici, par exemple, un malade qui vient consulter l'un de nous le 15 mai 1899. C'est un homme de 39 ans, boucher à Paris, qui se plaint d'une série de boutons qui lui poussent sur la joue gauche.

La région malaire est légèrement tuméfiée, la peau présente une coloration violacée, répartie suivant un cercle de 4 à 5 centim. de diamètre.

Sur ce fond se détachent 5 à 6 petites élevures, à peu près coniques, d'environ 1/2 cent. de hauteur, avec une base de 1/2 cent. de diamètre.

Le sommet de deux de ces boutons laisse suinter un peu de liquide jaunâtre et filant. La palpation décèle dans l'épaisseur de la paupière inférieure, vers la partie moyenne, un nodule de consistance cartilagineuse et de la grosseur d'un fort grain de blé. Il semble, par la palpation profonde, que l'on sente un léger épaississement de la face antérieure du corps du maxillaire supérieur, ainsi que de la partie correspondante de l'os malaire. La palpation n'est, du reste, pas douloureuse et le malade dit ne jamais ressentir de douleurs spontanées.

Interrogé, notre malade déclare avoir été atteint, au mois de décembre précédent, d'une *grenouillette* qui aurait nécessité quinze jours de traitement, pendant lesquels on aurait introduit, à différentes reprises, une sonde sous la langue. Il n'y a plus rien d'anormal de ce côté.

L'affection actuelle remonterait au mois de février. Le malade aurait pris, d'abord, une potion iodurée, puis a été soumis, pendant un mois environ, au traitement par la levure de bière à la dose de deux grandes cuillerées à potage par jour. Ce traitement, pas plus que deux ou trois incisions très superficielles, pratiquées sur les boutons, n'a amené aucune amélioration.

Le malade est d'apparence vigoureuse, ne présente aucun stigmate de tuberculose; il n'y a pas d'adénopathie dans les régions avoisinant la lésion.

Quel diagnostic pouvions-nous porter?

De simples *furoncles* à répétition, infection staphylococcique glandulaire s'accompagnant d'une dermatite chronique? Nous étions gênés pour admettre cette hypothèse par la localisation de la lésion : la région malaire du côté gauche seule était prise, alors que dans ces cas, on trouve habituellement des furoncles disséminés, plus ou moins abondants sur toute la face. On avait, d'ailleurs, pensé quelque temps à cette affection, puisqu'on avait administré de la levure de bière, sans résultat.

On pouvait également songer à la tuberculose; pourtant l'aspect assez spécial du *lupus* faisait défaut : les petites pustules étaient totalement différentes des grains sucre d'orge de cette affection.

En fin de compte, nous nous rangeons à l'idée d'une lésion *syphilitique*; nous ne pouvons, il est vrai, retrouver aucune tare spécifique antérieure chez notre malade; nous n'en essayons pas moins le sirop de Gibert, à dose de deux, puis trois, puis quatre cuillers à soupe par jour.

En juillet, ce traitement n'a, pour ainsi dire, rien donné; il semble, cependant, que le derme soit moins épaissi et que le nodule de la paupière inférieure ait un peu diminué; deux des boutons ont disparu, mais il en est revenu deux autres identiques.

Espérant obtenir quelque éclaircissement sur ce cas bizarre par une étude bactériologique, l'un de nous l'examine le 19 juillet 1899, dans le laboratoire du Dr Paul Segond, à la Salpêtrière. Nous incisons une des petites saillies d'aspect furonculeux et recueillons les quelques gouttes de pus qu'elle renferme.

En regardant les pipettes, nous remarquons immédiatement que le liquide, mélange de pus blanchâtre et de sang, contient en suspension de petits *grains jaunes*, du volume d'un grain de millet, translucides, offrant nettement l'aspect de l'actinomyces.

Au microscope, ces petites masses apparaissent formées d'un feutrage dense entouré de capsules de formes un peu variées : piriformes, en massue, ovalaires.

Nous ensemençons deux tubes de bouillon : celui-ci reste limpide, mais dans le fond, se développent de petites masses blanches, bosselées, mûriformes, augmentant lentement de volume. Ces grains ne se divisent pas ; nous réensemençons l'un d'eux en bouillon : au bout de huit jours il est devenu beaucoup

Digitized by Google

plus volumineux, irrégulier, mais reste unique au fond du tube.

Un frottis sur pomme de terre de quelques parcelles de ces grains écrasés donne, en 3 ou 4 jours, une culture formée de saillies nombreuses, muriformes, blanches, légèrement luisantes. (Ces cultures conservées depuis onze mois en tubes scellés, à la température du laboratoire, n'ont pas changé d'aspect).

L'examen sur lame des cultures récentes a montré un mycélium serré, avec des petits renflements, peu nombreux.

De ces différentes constatations, nous pouvons donc conclure qu'il s'agit ici d'un cas d'*actinomycose*.

En présence de ce diagnostic ferme, l'iodure de potassium est continué, le malade ne dépassant pas 3 grammes par jour, car au-delà de cette dose il a des phénomènes d'intolérance.

Revu vers le 15 novembre, l'état est beaucoup plus satisfaisant, les boutons et le nodule de la paupière ont disparu. Il ne reste plus qu'un peu de rougeur et d'épaississement de la peau, symptômes qui disparaissent complètement en décembre. Actuellement (juin 1900), la guérison s'est parfaitement maintenue.

Nous désirons insister sur ce fait que l'examen bactériologique seul a permis dans ce cas d'établir un diagnostic ferme. Cet examen est parfois fort aisé : les *grains jaunes* caractéristiques se voient à l'œil nu et on peut facilement en reconnaître la nature.

Mais il n'en est pas toujours ainsi : on est obligé alors de rechercher ces éléments à mainte reprise; on doit, en leur absence, examiner attentivement le pus au microscope pour y déceler les spores, qui sont assez difficiles à découvrir.

Cette recherche a une grosse importance : nous avons vu combien, même dans les formes superficielles de l'actinomycose, le diagnostic pouvait être hésitant. Certains renseignements ont sans doute leur importance : la profession de boucher de notre malade, fréquentant journellement les abattoirs de la Villette, attira notre attention; la lésion du plancher de la bouche, cette pseudo-grenouillette, fut sans doute le point d'entrée des germes nocifs. Mais tous ces faits ne s'éclairèrent que le jour où nous vîmes les grains d'actinomyces.

Nous attirerons enfin l'attention sur la longueur du traitement, dans ce cas qui semblait pourtant très bénin; on connaît l'efficacité, presque spécifique de l'iodure de potassium; mais il doit être pris à dose assez forte pour agir rapidement. Or, notre malade éprouvait, dès que l'on dépassait 3 grammes, des phénomènes d'intolérance; aussi a-t-il fallu près de six mois pour obtenir une amélioration notable.

Si les lésions superficielles présentaient une marche envahissante, il serait nécessaire de recourir à un traitement chirurgical, d'ailleurs fort simple : après anesthésie locale, incision des pustules, exploration soigneuse pour s'assurer de l'absence de lésions profondes, périostiques, grattage, cautérisation de tous les points atteints. On obtiendrait de la sorte, en continuant l'iodure, une guérison plus rapide.

CLINIQUE MÉDICALE

De la panniculite

Par le Dr A. Kjellberg (de Stockholm) (1)

La panniculite est une inflammation du tissu graisseux sous-cutané. Le premier qui en fit la description fut le professeur Salin, de Stockholm. Cette maladie très connue aujourd'hui en Suède, n'a jamais été étudiée, pour ainsi dire, dans les autres pays.

Il est de toute importance pour le médecin pratiquant de la bien connaître ; il évitera ainsi bien des erreurs de diagnostic. Les médecins s'occupant spécialement de massothérapie auront grand intérêt à la bien connaître car c'est un « cas de massage » des plus fréquents que l'on rencontre. Aucun traité de massage, suédois ou étranger, ne fait mention de cette maladie. Le seul médecin, à ma connaissance, qui en ait fait une description sérieuse est le Dr Josephson, dans un article paru dans le journal de médecine *Hygiena* (2).

Les causes de la panniculite sont pour ainsi dire absolument inconnues. On a cru pouvoir l'attribuer aux refroidissements occasionnés par des vêtements trop légers, et surtout chez les femmes, à la pression exercée par le corset, aux suites de couches nombreuses et rapprochées, etc., mais ce ne sont que des suppositions. Il est de fait que dans cette maladie le sexe joue un certain rôle : la panniculite est beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, ou, tout au moins, ne prend pas les mêmes proportions chez les hommes. L'âge ne semble pas jouer un rôle bien important : les adultes cependant paraissent plus exposés.

L'obésité et la nervosité semblent avoir une très grande influence dans le développement de cette maladie. Presque tous les cas de panniculite ont été ob-

(1) Traduit du suédois par le Dr Bouteron et M. Hyblom, de l'Institut royal de Stockholm.

(2) Le Dr Kjellberg, en écrivant cet article, ignorait la thèse remarquable de Colmaire : De la Panniculite en gynécologie. — Ayant fait cette traduction à Stockholm, ce n'est qu'à mon retour à Paris que j'ai eu connaissance de cet ouvrage. Aussi est-ce avec plaisir que je m'empresse de signaler cet oubli involontaire. — Le Dr Kjellberg, à l'avenir, devra faire exception pour la France, ce qu'il ne manquera pas de faire avec joie, étant donnés ses sentiments d'amitié pour notre pays. — Dr Bouteron.

Digitized by Google

servés chez des personnes grasses et très nerveuses. Il n'y a rien de surprenant à ce que les personnes grasses soient atteintes de préférence, puisque c'est précisément dans la graisse que réside cette maladie. Il est plus difficile d'expliquer le rapport qui peut exister entre la nervosité et la panniculite.

La panniculite est-elle une suite de la nervosité ou au contraire la nervosité est-elle une suite de la panniculite ?

On a cru pouvoir dire que la panniculite était une suite des troubles vaso moteurs qui se déclarent facilement chez les personnes nerveuses. Cette explication ne me paraît pas très exacte, il serait plus rationnel, à mon avis, de dire qu'une personne atteinte de panniculite devient nerveuse à la suite des sensations douloureuses et anormales qu'elle ressent, et que, ne sachant comment les expliquer, elle se figure la plupart du temps être atteinte d'une grave maladie intérieure, ce qui ne manque pas d'exercer une influence défavorable sur son système nerveux.

Nous pouvons dire en passant que les traumatismes peuvent quelquefois provoquer des affections inflammatoires dans le tissu sous-cutané. Notamment dans le massage gynécologique (pour les redressements et les allongements), à la suite des fortes pressions que l'on est obligé de faire sur l'abdomen, il n'est pas rare de voir des indurations se développer à ce niveau dans le tissu graisseux sous-cutané. Ces indurations peuvent être un obstacle à la continuation du massage. Afin d'éviter cet inconvénient, on doit commencer par faire un massage superficiel. Il est évident que si l'on commence un massage gynécologique sur une panniculite non reconnue, on aggravera cette panniculite et les douleurs que l'on provoquera seront telles qu'il sera impossible de continuer le massage gynécologique. Il m'a été donné d'observer plusieurs cas où des masseurs inexpérimentés, n'ayant pas su diagnostiquer la panniculite, ont aggravé cette maladie à la suite d'un violent massage des intestins pour la constipation. Ce massage a du être interrompu chaque fois à cause des douleurs violentes qu'il provoquait. Il est donc absolument nécessaire dans ces cas de masser d'abord la panniculite pour qu'elle ne soit pas un obstacle à l'autre massage.

La panniculite est probablement de nature infectieuse. L'anatomie pathologique de cette maladie est inconnue. Aucun examen histologique, à ma connaissance, n'a encore été fait. Nous n'avons pour expliquer ces phénomènes que les symptômes cliniques. Il est fort probable qu'il doit se produire une infiltration avec gonflement dans les cas récents, et que même, dans les cas anciens, il doit y avoir une augmentation du tissu conjonctif.

Symptômes. — Les symptômes subjectifs sont très variés. Quelquefois le malade accuse nettement sa douleur. Mais c'est rare. Le plus souvent, il se plaint d'une sensation vague et désagréable de pression, d'engourdissement, de raideur, de fatigue, etc., qu'il ne peut pas expliquer. Il sent qu'il a quelque chose sans pouvoir préciser. Lorsque les douleurs sont par trop violentes, le malade ne peut même plus supporter ses vêtements et se trouve dans l'obligation de les défaire (principalement dans la panniculite abdominale). Lorsque la panniculite est d'ancienne date, et surtout lorsqu'elle est diffuse, elle est souvent accompagnée de phénomènes nerveux généraux, tels que tristesse, angoisse, etc.

Pour la description des phénomènes objectifs on peut se placer à différents points de vue. Nous pouvons commencer par indiquer les places de prédilection de la panniculite.

Souvent nous la voyons répandue sur une grande partie du corps : nous l'appelons alors panniculite généralisée. Parmi les panniculites locales, celle de l'abdomen est la plus fréquente. C'est dans la région qui se trouve de chaque côté et au-dessous du nombril qu'on la rencontre dans la plupart des cas. On la rencontre aussi dans le creux de l'estomac, dans la région du bord des côtes, et aussi sur le mont de Vénus. Le ventre peut être enflé et il arrive souvent, après quelques séances de massage, que le malade vous raconte avec joie que son ventre a diminué et qu'il a dû rétrécir ses vêtements.

J'ai souvent eu l'occasion de constater cette diminution. On peut aussi rencontrer la panniculite dans le bras, dans les épaules, dans le dos et sur la poitrine. On la trouve aussi dans les membres inférieurs surtout à la partie interne des cuisses et principalement sur les hanches. La peau du crâne peut aussi être le siège d'une panniculite.

La consistance de la panniculite est un symptôme certain bien que variant énormément. Elle peut se présenter avec une dureté cartilagineuse ou au contraire n'avoir qu'une consistance différant insensiblement de la consistance normale. On éprouve alors à la palpation une sensation de quelque chose qui n'est pas élastique et qu'il est pour ainsi dire impossible de décrire.

La sensibilité peut aussi varier énormément. Les parties malades sont quelquefois tellement sensibles que le moindre attouchement occasionne des douleurs insupportables. Dans d'autres cas les douleurs sont beaucoup moins violentes, surtout quand la maladie est ancienne et qu'il y a des indurations. L'insensibilité complète ne se rencontre pas et c'est en se basant sur la douleur que souvent on pose le diagnostic.

La dimension d'une partie ainsi infiltrée peut aussi varier.

Cette maladie est chronique et peut durer des

Digitized by Google

mois et des années avec; pendant ce temps, des périodes de calme et des périodes d'exacerbation. Plus rarement la panniculite se déclare spontanément sous la forme aiguë, apparaissant subitement et disparaissant de même. Je me souviens entre autres d'un malade qui m'était envoyé par un confrère pour une panniculite abdominale : lorsque ce malade se présenta chez moi quelques jours après que son médecin lui eût dit, tous les symptômes de la panniculite avaient disparu.

C'est surtout par la palpation que l'on arrive à poser le diagnostic de la panniculite; aussi est-il très important de bien s'y prendre pour faire cette palpation. On doit s'appliquer à ne saisir seulement que la peau et la graisse sous-cutanée afin de bien se rendre compte des modifications telles que changement dans la consistance, gonflements, douleurs au toucher, etc. On rencontre fréquemment une myosite au-dessous d'une panniculite. Il arrive souvent qu'à cause de la situation de cette maladie, les médecins, et surtout les malades redoutent une affection intéressant les organes profonds, comme par exemple un catarrhe de l'estomac, une maladie du bas ventre, une appendicite, une maladie de la vessie, une maladie de cœur, une sciatique, une pleurésie, alors qu'en réalité il n'y a qu'une panniculite située plus superficiellement.

Un œdème ordinaire est plus mou, plus également répandu, et pas douloureux au toucher. Il est plus difficile de distinguer la panniculite de l'envahissement graisseux ordinaire. Ce dernier n'est pas aussi douloureux et a une tout autre consistance au toucher.

Les phénomènes sur lesquels on peut se baser pour établir le diagnostic sont donc : la situation superficielle de la panniculite, sa consistance, la douleur au toucher et le gonflement.

Bien que cette maladie soit la cause de très grands ennuis, le pronostic, au point de vue de la vie, en est très favorable ; d'autant plus favorable que nous avons un moyen excellent pour la guérir : le massage. Pourtant les récidives sont assez fréquentes, mais en opérant comme à la première apparition de cette maladie on obtient tout aussi bien la guérison.

Le seul traitement est le massage.

Dans une maladie des articulations, comme par exemple une synovite séreuse et chronique, on a recours le plus souvent à deux espèces de massage qui sont : les frictions pour écraser les tissus pathologiques et l'effleurage pour les faire disparaître. Ces deux mouvements ne peuvent être efficaces dans la panniculite, mais il y en a d'autres à peu près analogues, avec lesquels on obtiendra le résultat cherché. Pour écraser les tissus pathologiques et pour en délibérer les parties atteintes, on emploiera le pétrissage qui se fait de la façon suivante : on soulève la peau et la couche graisseuse sous-cutanée et l'on pétrit la partie soulevée entre le pouce d'un côté et les quatre autres doigts de l'autre côté. Pour faire disparaître les liquides on peut peut être employer l'effleurage (mais sans grand espoir de succès).

A mon avis la meilleure façon de procéder, pour le ventre par exemple, consiste à saisir la peau et la couche graisseuse sous-cutanée entre les éminences thénar et hypothénar et le pouce d'un côté et les faces palmaires des quatre autres doigts étendus de l'autre côté en faisant un glissement continu. Ce mouvement est très difficile à bien décrire, mais on le comprend très vite en le voyant faire.

Dans les panniculites abdominales on massera en prenant le nombril comme centre de façon à bien suivre le trajet des vaisseaux lymphatiques.

On devra employer un corps gras (par exemple, la vaseline), mais en petite quantité.

On devra éviter de déployer trop de force dans les premières séances de massage, ce qui pourrait augmenter les douleurs occasionnées par la panniculite. On commencera par un massage très doux, qui augmentera au fur et à mesure que le malade le supportera mieux. Sans prendre cette précaution on risque de provoquer de graves désordres. Si la partie malade est irritée et est le siège de douleurs trop violentes on doit retarder le traitement et attendre que les douleurs aient diminué.

Dans tous les cas de panniculite on doit toujours commencer le massage par le centre de la partie atteinte et le continuer vers la périphérie. Il arrive souvent que la force que l'on est obligé de développer est très grande surtout quand on se trouve en présence d'une panniculite ancienne.

Doit-on faire le massage jusqu'à ce que tous les symptômes objectifs aient disparu? Non. Il arrive parfois que les indurations sont tellement considérables qu'il est impossible de les faire disparaître. On doit alors se contenter de faire disparaître les symptômes subjectifs en continuant quelque temps encore le traitement afin d'éviter une trop prompte récidive.

Pour terminer je puis citer les 317 cas qui ont été traités chez moi pendant ces sept dernières années et dont j'ai pris les observations.

Sur ces 317 cas on compte 29 hommes et 288 femmes.

Age des malades :	1	au-dessous de 10 ans
	12	entre 10 et 20 —
	46	— 20 et 30 —
	97	— 30 et 40 —
	95	— 40 et 50 —
	66	au-dessus de 50 —
Total.	317	cas

Digitized by Google

Lieux d'élection : 163 cas au ventre
46 — panniculite généralisée
54 — aux membres inférieurs
26 — — supérieurs
15 — thorax
11 — le dos
2 — la tête

56 de ces malades étaient de corpulence forte
255 — — moyenne
6 — maigres

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

L'huître crue

Les médicaments organiques dans lesquels l'esprit de synthèse introduit l'élément martial ou le phosphore et les préparations opothérapiques d'organes ou de tissus riches en fer, attirent par leur multiplicité l'attention du médecin : la diversité de ces produits inquiète sa thérapeutique ; leur emploi en modifie souvent les résultats.

La neurasthénie, la chlorose ont vu naître tour à tour destinés à leur traitement les différents glycérophosphates, la carniférine, la ferratine, l'albuminate de fer, etc.

Les résultats obtenus avec les phospho-glycérates ne sont pas sensiblement supérieurs à ceux que fournissent le phosphate monocalcique ou la médication phosphatée de Dujardin-Beaumetz. Quant aux ferrugineux, la résorbabilité de l'hémoglobine, de la ferratine, de la moelle rouge des os reste, malgré de nombreuses recherches, toujours discutable : le bénéfice retiré de leur emploi serait donc d'autant moins appréciable que les produits utilisés tendraient à se rapprocher par leur constitution des composés organiques élaborés par la cellule humaine.

Les anciennes pharmacopées étaient nécessairement pauvres en médicaments chimiques; aussi les thérapeutes, leurs contemporains, avaient fréquemment recours, surtout après avoir lu et commenté Sydenham aux ressources de la bromatologie.

L'huître crue, pour eux, ne constituait pas seulement un aliment léger et un stimulant de l'estomac, mais elle représentait aussi un médicament de premier ordre. Ettmuller la préconisait pour le traitement de la scrofule et de l'ostéomalacie. Pasquier, le père et Fonssagrives l'utilisaient avec succès, le premier dans la chlorose et le second dans le lymphatisme.

L'étude de la composition chimique de la chair d'huître va nous permettre d'interpréter les résultats favorables que donnait son emploi dans le traitement des affections précitées.

L'huître, en effet, est un médicament martial et un reconstituant phosphoré. MM. Chatin et Muntz ont dosé :

Dans l'huître de Marennes 0,102 de fer 0/0 de substance sèche ;

Dans l'huître d'Arcachon 0,9982 de fer 0/0 de substance sèche ;

Dans l'huître des Sables d'Olonne 0,1209 de fer 0/0 de substance sèche.

Les mêmes auteurs ont trouvé dans l'huître une quantité assez considérable de phosphore.

100 parties de chair desséchée d'huître de France fournissent 1 gr. 836 d'acide phosphorique.

Une huître de France de moyenne grandeur qui donne 1 gr. 11 de matière sèche renferme 0,82 de phosphore évalué en acide phosphorique et 0,00122 de fer. Une douzaine d'huîtres représentera donc le phosphore de 0,46 de phospho-glycérate de chaux et contiendra le fer de 27 grammes d'hémoglobine commerciale sous une forme dont les observations cliniques de Pasquier le père, et surtout de Fonssagrives démontrent la valeur thérapeutique : fer et phosphore, en effet, se trouvent dans la chair d'huître en combinaison directe et intime avec les composés organiques, état très favorable à leur assimilation dont la rapidité est due vraisemblablement à la nature spéciale de l'aliment : la partie comestible de l'huître est presque exclusivement constituée par le foie, or, par la mastication, le glycogène et le ferment hépatique arrivent au contact et déterminent en quelque sorte l'auto-digestion de la glande riche en phosphore; en même temps, la petite proportion de matières grasses qu'elle contenait mêlée aux pigmants ferrugineux du mollusque facilite l'absorption et l'annexion à l'organisme de l'élément minéral de ces pigments.

Enfin si l'on tient compte du fait que l'huître renferme d'après Bourcet 0 millig. 170 0/0 d'iode et que l'alimentation habituelle n'introduit environ que 1/3 de milligramme de ce métalloïde dans l'organisme on voit qu'il est possible d'utiliser également ce mollusque comme un adjuvant agréable de la médication iodée, d'autant que l'iode y existe sous une forme immédiatement assimilable et par conséquent plus active que l'iode minéral ou organique ordinairement prescrit soit sous forme d'iodures, soit sous celle d'albuminoïdes iodés secs et peu assimilables. — A. B.

Lotion contre la chute des cheveux :

Formaldehyde	1	gramme
Nitrate de pilocarpine	3	—
Teinture de Cantharides	30	—
— Jaborandi	30	—
— noix vomique	30	—
Alcoolat de Floraventi	45	—
— de citron	45	—

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'opération de l'appendicite. — Les nombreuses discussions sur l'appendicite n'ont pas mis d'accord tous les chirurgiens; à côté des radicaux qui opèrent toujours et tout de suite, se rangent les temporisateurs qui instituent immédiatement un traitement médical, en surveillant de près leur malade et en se tenant prêts à intervenir au moindre accident, et qui se réservent d'opérer à froid, une fois la crise passée, intervention certainement moins grave. De quelque côté qu'on se range, il est nécessaire de bien connaître la technique de l'opération de l'appendicite, afin de pouvoir, l'intervention décidée, opérer vite et bien. Les malades, en effet, sont souvent très affaiblis, très affectés, leur état général est précaire, ils ont donc tout à gagner d'une opération rapide et méthodiquement dirigée.

Le malade endormi, la région préparée comme pour toute opération chirurgicale, il faut, avant d'ouvrir le ventre, profiter de l'état de résolution des muscles pour pratiquer un dernier examen de l'abdomen; cet examen permet de préciser le diagnostic, en révélant soit une petite masse indurée, soit un empâtement diffus qui fera croire à une péritonite généralisée, soit une fluctuation très nette, indice d'une collection bien limitée.

L'opération comprend plusieurs temps que nous allons décrire successivement.

1° Incision de la paroi abdominale. — Où doit-on faire cette incision? le médecin peu habitué pourra être fort embarrassé car on a conseillé différentes incisions qui toutes ont certains avantages.

A. L'*incision médiane* sur la ligne blanche sous-ombilicale a été employée autrefois, au début de l'appendicite, alors qu'on opérait toujours en pleine péritonite dont on méconnaissait le plus souvent la cause. Actuellement, elle n'est plus indiquée que lorsqu'il y a péritonite généralisée d'origine appendiculaire, ou appendicite compliquée de lésions annexielles.

B. L'*incision latérale* est l'incision de choix, mais, doit-on la faire verticale parrallèle à la ligne blanche, ou bien oblique et légèrement courbe parallèle à l'arcade de Fallope?

a) *Incision parrallèle à l'arcade de Fallope.* — C'est l'incision de Roux, c'est la plus fréquemment employée. Longue de 15 ou 18 cm., cette incision est menée parallèle à l'arcade, à 1 cm. de l'épine iliaque autéro-supérieure, moitié au-desus, moitié au-dessous de cette épine. On sectionne couche par couche, peau, tissu sous-cutané, aponévrose, muscles petit oblique et traverse; chemin faisant on rencontre une branche de l'artère circonflexe iliaque que l'on pince. L'incision du péritoine sera faite prudemment car les anses intestinales sont distendues, quelquefois même le péritoine est infiltré. Cette incision est très commode, elle donne beaucoup de jour, permet d'arriver directement sur le foyer et de trouver facilement l'appendice; le seul reproche dont elle est passible, c'est qu'elle expose dans la suite à l'éventration.

L'*incision de Mac Burney* diffère de celle de Roux en ce qu'elle permet d'arriver jusqu'au péritoine sans couper de fibres musculaires, mais en passant dans l'intervalle de ces fibres. L'incision longue de 10 cm. est tracée à 2 cm. 1/2 de l'épine iliaque autéro-supérieure, perpendiculairement à la ligne ilio-ombilicale, 3 cm. au-dessus de cette ligne, 7 cm. au-dessous. Arrivé sur le grand oblique, au lieu d'en sectionner les fibres, on les sépare avec une sonde cannelée et l'on place un écarteur sur chaque lèvre; la même manœuvre est répétée pour le petit oblique et le transverse dont on sépare les fibres perpendiculairement à celles du grand oblique; on les récline de chaque côté avec deux autres écarteurs.

L'incision de Mac Burney a cet avantage que les muscles n'étant pas sectionnés, elle permet de reconstituer la paroi en plusieurs plans de suture ne se correspondant pas, d'où aucun danger d'éventration; mais en revanche, elle présente le sérieux inconvénient de ne donner que peu de jour; aussi n'est-elle indiquée que dans les cas où l'on est sûr qu'il n'y a pas de lésions peri-appendiculaires, c'est dire qu'elle est rarement employée.

b) *Incision parallèle à la ligne blanche.* — Préconisée par Max Schuller, Battle, Jalaguier, Kammerer; celle de Jalaguier est devenue classique avec celle de Roux.

Sur le millieu de la ligne ilio-ombilicale, on fait une incision verticale parallèle au bord externe du muscle droit, longue de 8 à 10 cm. dont 1/3 au-dessus de la ligne ilio ombilicale, 2/3 au-dessous. On incise l'aponévrose du grand oblique dont on repère les deux lèvres; l'interne étant fortement réclinée vers la ligne blanche, on arrive sur la partie externe de la face antérieure du grand droit dont on incise la gaine antérieure à 1 cm. en dedans du bord externe : les deux lèvres sont disséquées jusqu'à ce

Digitized by Google

bord, le muscle est attiré vers la ligne blanche avec deux écarteurs et l'on arrive sur la gaîne postérieure qu'on incise et qu'on repère avec une pince. Il faut se rappeler que les vaisseaux épigastriques sont situés tout près, à la partie inférieure de la plaie, afin de les éviter.

L'incision de Jalaguier a le grand avantage de permettre la reconstitution de la paroi par étages et d'éviter ainsi les éventrations, mais elle donne peu de jours et elle est peu pratique quand il y a des adhérences et du pus, et lorsqu'il faut drainer. Elle est surtout indiquée dans l'appendicite à froid.

C. Incision postérieure lombo-iliaque. Elle a pour but de ménager la grande cavité péritonéale : conseillée par Grinda, Poirier, cette incision est peu employée, car elle ne permet d'arriver sur les lésions que par une voie détournée.

En résumé, on aura le choix entre deux incisions, qui ont, d'ailleurs, chacune leur indication : l'incision de Jalaguier dans l'appendicite à froid, l'incision de Roux, dans les appendicites suppurées.

Le ventre ouvert, il s'agit de rechercher l'appendice et de l'enlever, mais ce temps de l'opération est plus ou moins facile, suivant qu'on opère à froid ou en pleine crise aiguë, et, dans ce dernier cas, suivant qu'il y a un abcès, des adhérences ou une péritonite généralisée.

2° Recherche de l'appendice. — *A*). Dans l'*appendicite à froid*, cette recherche est relativement aisée, elle doit toujours être faite; comme le dit Routier : « on doit l'appendice à son malade ».

On recouvre chaque lèvre de la plaie d'une compresse aseptique et avec l'index et le médius, on explore la fosse iliaque droite. S'il n'y a pas d'adhérences, on amène au dehors, le gros intestin reconnaissable à ses bandelettes musculaires; celle qui se présente, est le plus souvent l'antérieure ; on la suit jusqu'à l'angle iléo-cœcal et l'on arrive bientôt sur l'appendice situé, dans la majorité des cas, en arrière du cœcum, mais dont la topographie n'est pas fixe. L'appendice trouvé, on rentre les anses intestinales et l'épiploon dans la cavité abdominale, au moyen de grandes compresses stérilisées, qui limitent le foyer opératoire et l'on garde hors du ventre la terminaison du cœcum et l'appendice.

La manœuvre est moins facile lorsqu'il y a des adhérences ; il faudra les détruire de façon à amener l'appendice au dehors, sinon, on devra se résoudre à opérer dans la profondeur, ce qui est moins aisé.

B). Dans l'*appendicite aiguë*, plusieurs cas peuvent se présenter :

a) Si l'on opère tout à fait au début, alors que l'appendice est turgescent, rouge, gonflé, induré, sans adhérences, ni perforation, on ira à sa recherche comme précédemment, mais toujours en protégeant le péritoine dans la crainte d'un foyer rétro-cœcal.

b). Mais quand il y a un abcès, des adhérences, de la péritonite, la recherche de l'appendice devient fort laborieuse ; doit-on toujours et de parti pris le chercher, comme le font certains chirurgiens, ou au contraire, comme d'autres le conseillent, ne pas aller à sa recherche, dans la crainte de déchirer des adhérences protectrices et d'infecter le péritoine? La clinique s'accommode mal des règles fixes et absolues, et nous croyons que le plus sage est de se laisser guider par les circonstances. Il est évident qu'il y a toujours avantage à enlever l'appendice, car on a vu des récidives après des opérations incomplètes; aussi, lorsque cet organe se présente au cours de l'intervention, quelle qu'en soit la gravité, s'il est facile de l'isoler, il n'y a pas de doute, il faut l'enlever. Si, au contraire, il ne paraît pas, sa recherche est difficile et même dangereuse; cependant, en allant doucement, avec grande prudence, on pourra le chercher, en arrière, au dessous du cœcum; pour cela, on soulève le bord externe du cœcum et l'ampoule, en décollant doucement les adhérences, le péritoine étant protégé de toutes parts par des compresses aseptiques, qui limitent le champ opératoire. Mais cette recherche ne devra pas être poussée trop loin, et si l'on rencontre de trop grandes difficultés, mieux vaut ne pas insister que de s'exposer à infecter la cavité péritonéale jusque-là protégée.

3° Traitement de l'appendice. — Avant de réséquer l'appendice libéré, il faut lier son méso ; on passe une aiguille à sa base, tout près du cœcum et tout contre l'appendice et le méso est lié avec un catgut ou une soie dont les deux chefs sont pris dans une pince ; on sectionne le méso au-dessus du fil et l'appendice se déroulant alors aisément on peut en attirant les fils placés sur le méso isoler l'appendice jusqu'au cœcum. Une ligature est placée à sa base, une seconde ou une pince de Kocher à un centimètre au-dessus et l'on sectionne l'appendice entre les deux. Reste un moignon qu'on traite comme il suit : On dissèque autour de lui une manchette séreuse qu'on renverse afin de détruire au thermocautère les tissus infectés, puis la manchette est ramenée pour recouvrir le vide ainsi fait et suturée par un fin surjet de soie à simple ou double étage. De plus, il faut enfouir le moignon dans un pli de la paroi du cœcum ; cette dernière manœuvre seule est d'ailleurs suffisante. Cet enfouissement est facile quand le cœcum est mobile; il suffit de refouler avec l'extrémité d'une pince le moignon vers la paroi cœcale et de la recouvrir au moyen d'un surjet à la Lembert commençant à un centimètre au-dessus et qu'on serre en bourse; le moignon est ainsi recouvert par la séreuse. On peut même, si on le juge utile, faire un second plan de sutures au-dessus du premier.

Digitized by Google

L'enfouissement présente plus de difficultés quand le cœcum ne vient pas, car il faut opérer dans la profondeur.

Les fils sont coupés, le foyer nettoyé et le cœcum rentré dans le ventre ; on enlève les compresses et il ne reste plus qu'à reconstituer la paroi avec ou sans drainage.

Dans l'opération à froid, la paroi sera fermée par des sutures réunissant les différents plans et cela sans drainage, à moins que l'on ait été obligé de déchirer des adhérences, auquel cas il sera prudent de laisser un drain.

L'appendice est il gros, tuméfié, turgescent, le drainage s'impose et même on doit limiter le foyer avec des mèches de gaze aseptique ; la plaie n'es fermée qu'en partie. Le drain est raccourci petit à petit à partir du 2e ou 3e jour.

S'il y a un abcès, une fois ouvert, la cavité est nettoyée avec des tampons ou des compresses, en même temps que l'on cherche s'il n'y a pas de diverticules; puis, qu'on enlève l'appendice ou qu'on le laisse, il faut drainer avec un ou deux tubes en caoutchouc qu'on dirige jusqu'au fond de la cavité ; on les sépare et on les entoure avec une mèche de gaze stérilisée, puis on suture la plaie à ses deux extrémités seulement.

Il arrive parfois qu'après incision de la paroi on tombe sur une masse épiploïque adhérente au péritoine et formant une sorte de plastron ; il faut alors se défier car le cœcum est proche et on peut l'inciser si l'on n'est pas très prudent. Il faut donc rechercher un point où le péritoine est libre d'adhérences, afin de pouvoir introduire le doigt et libérer les adhérences en dehors. On arrive le plus souvent sur un foyer purulent qu'il faut drainer.

Lorsqu'au cours de l'intervention la grande cavité péritonéale est ouverte, il faudra l'isoler au moyen d'un tamponnement à la Mikulicz, placé au-devant du foyer appendiculaire, et au niveau duquel se formeront des adhérences : la paroi ne doit pas être fermée.

Enfin, lorsque l'on tombe sur une péritonite généralisée ou en voie de généralisation, la conduite est plus délicate ; en effet, quand on trouve dans le ventre un liquide fétide qu'on a justement comparé à du bouillon sale, la situation est extrêmement grave, et il faut après résection de l'appendice laver abondamment la cavité péritonéale et faire un large drainage. La péritonite purulente est un peu moins grave ; on fera également un grand lavage à l'eau salée et pour cela il sera parfois nécessaire de pratiquer une seconde incision médiane, quelquefois une troisième iliaque gauche ; laver jusqu'à ce que le liquide revienne clair et drainer largement.

Telle est la technique opératoire de l'appendicite, elle présente parfois de sérieuses difficultés qu'il faut savoir surmonter, le cas échéant. De plus, l'opération terminée, tout n'est pas fini, les soins consécutifs sont très importants; un opéré d'appendicite doit être surveillé de très près.

Le pansement, lorsqu'il s'agit d'une opération à froid est fait avec de la gaze stérilisée et laissé en place, 5, 6, 8 jours, jusqu'à l'enlèvement des fils. Mais quand on a drainé, le pansement sera renouvelé plus tôt, le lendemain ou le surlendemain, puis tous les jours ou tous les deux jours, suivant les cas, en ayant soin de rétrécir les drains à chaque fois. Les mèches sont enlevées et remplacées au premier ou deuxième pansement suivant qu'elles sont plus ou moins souillées.

La diète absolue est de rigueur pendant 24 ou 48 heures ; on ne donne au malade, si la soif est très vive, que quelques cuillerées d'eau glacée. Si le malade est trés infecté on fait le jour de l'opération une injection de sérum artificiel (1,000, 1,200 ou 1,500 grammes). A partir du 2 jour, on donne des boissons alcooliques légères (champagne cognac, coupés d'eau de Vichy), puis les jours suivants du bouillon, du lait. On doit immobiliser l'intestin en administrant un peu d'opium, puis vers le 6e ou 8e jour, on donne un purgatif léger et on commence l'alimentation.

Vers le 20e jour, on permet au malade de se lever, mais pendant quelques mois, il est bon de lui faire porter une ceinture abdominale afin d'éviter l'éventration. Dans les cas où l'on a drainé et où la plaie n'a pas été fermée cette ceinture devra être portée très longtemps. Néanmoins, l'éventration s'observe encore assez fréquemment ; c'est une complication ennuyeuse mais peu grave et qu'on peut réparer dans une seconde intervention.

Plus ennuyeuses sont les fistules observées après l'opération d'une appendicite suppurée, fistules purulentes le plus souvent stercorales ou pyostercorales quelquefois. Elles guérissent parfois spontanément, mais elles sont souvent intarissables et nécessitent alors une nouvelle opération d'autant plus délicate que l'on ne connaît pas toujours l'origine de la fistule, ou bien lorsque l'appendice a été laissé, il est difficile à trouver. — Henri Milhiet, *interne des hôpitaux*.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Traitement de l'infection puerpérale. — L'accord est loin d'être fait sur la façon de traiter une malade qui présente des signes d'infection après l'accouchement : beaucoup temporisent pour n'agir activement que lorsque l'infection est déjà grave. Notre excellent ami, le Dr Georghiu, dans un travail très

Digitized by Google

consciencieux *(th. Paris 1900)*, expose le traitement mis en pratique par lui et son maître, le professeur Budin, pendant les deux années qu'il a passées à la Maternité.

Dans un chapitre d'historique, il montre qu'après avoir passé par plusieurs phases, le traitement de l'infection puerpérale finit par être basé sur les données de l'exploration utérine.

En présence d'une femme présentant de la fièvre pendant les suites de couches, avant d'instituer un traitement quelconque, il faut rechercher l'origine de la fièvre, éliminer les maladies fébriles aiguës, grippe, fièvre typhoïde, pneumonie, la galactophorite et les abcès du sein.

L'existence de l'infection utérine établie, il faut encore en rechercher l'origine, et voir si elle ne vient pas d'une infection locale (vagin, vulve, périnée). L'infection a pour point de départ l'utérus, ce qui est le plus fréquent, avant d'instituer un traitement, il faut connaître le siège et la nature des lésions.

L'utérus est volumineux, plus mou que normalement et douloureux au palper : les lochies très souvent sont fétides. Le toucher vaginal et surtout le toucher intra-utérin donne des renseignements précieux. Normalement, dans les suites de couches, le col de l'utérus ne tarde pas à se reconstituer dans les deux ou trois jours qui suivent l'accouchement. Mais dès que l'utérus est infecté ou contient un corps étranger, il n'en est plus de même, le col reste perméable au doigt; même quelques jours après l'accouchement, l'utérus reste ouvert; il est facile de pénétrer dans la cavité utérine, large, dont les parois sont comme frappées d'atonie. Perméabilité de l'utérus signifie donc presque toujours utérus infecté.

Le doigt introduit dans l'utérus rencontre le plus souvent des corps étrangers, libres ou adhérents à la paroi : caillots, débris de membranes, débris de caduque inter-utéro-placentaire épaissie, parfois même un véritable cotylédon. D'autres fois, on ne sent qu'un épaississement de l'area placentaire. Dans quelques cas, enfin, la cavité utérine est vide.

Le doigt peut revenir recouvert de débris fétides ou non.

Dans l'infection puerpérale, il faut donc avant tout explorer la cavité utérine et ne pas hésiter à donner du chloroforme si cela est nécessaire; ce n'est qu'après cette exploration qu'il sera possible d'instituer un traitement rationnel.

Si les parois de l'utérus sont lisses, propres, s'il n'y a pas de corps étrangers retenus, on se contentera des injections intra-utérines répétées plus ou moins souvent; si, au contraire, le doigt a rencontré des parois irrégulières ou des débris adhérents ou non de membranes, de cotylédons, de caduque ou des caillots, il faut faire le *curage digital suivi de l'écouvillonnage.*

Le curage digital se fait avec un, ou mieux, si cela est possible, avec deux doigts, introduits dans la cavité utérine, après toilette antiseptique des organes génitaux externes.

L'anesthésie chirurgicale de la malade est indispensable pour permettre l'abaissement de l'utérus au-devant des doigts de l'opérateur ; avec les doigts introduits dans l'utérus on détache toutes les irrégularités qu'on rencontre, soit en les décollant, soit en les effritant, puis, on les extrait, soit avec les doigts recourbés en crochet, soit par l'expression abdomino-vaginale suivant le procédé de M. Budin.

Après le curage digital, on fait une large irrigation utérine et on termine l'opération par l'écouvillonnage qui complète le curage. On passe dans l'utérus deux ou trois écouvillons, le dernier trempé dans une solution de glycérine créosotée à 1/3. On termine en introduisant dans l'utérus une mèche de gaze iodoformée qu'on laisse pendant douze heures, et on applique un pansement vulvaire.

Ce traitement n'est pas exclusif et le curettage proprement dit, instrumental, est indiqué dans quelques cas, relativement rares, d'après Georghiu. Pour lui, on ne doit jamais l'employer d'emblée, surtout si la cavité utérine n'a pas été explorée; mais il devient parfois le complément des injections utérines ou du curage digital suivi de l'écouvillonnage; il ne doit pas remplacer ces opérations. Il faut faire le curettage instrumental quand, malgré les injections et malgré le curage digital et l'écouvillonnage, l'infection persiste, mais, employée d'emblée, la curette serait un instrument dangereux, aveugle et souvent insuffisant.

Quant à l'hystérectomie dans l'infection puerpérale, elle ne doit être pratiquée que dans les cas où tous les autres moyens de traitement ont échoué.

On n'oubliera jamais le traitement général, qui devra consister en toniques et reconstituants, plutôt qu'en médicaments trop actifs qui pourraient nuire aux malades.

Cette thérapeutique de l'infection puerpérale que vante Georghiu est basée sur un grand nombre d'observations rapportées dans son travail ; les résultats ont été les suivants. Sur 345 observations (283 accouchements spontanés ou artificiels et 62 avortements), les interventions ont été ainsi partagées : 161 cas traités par les injections intra-utérines, 172 cas de curage et écouvillonnage, dans 12 cas, écouvillonnage prophylactique, 14 curettages. 327 malades ont guéri. 3 sont parties incomplètement guéries; 15 sont mortes, dont une de congestion pulmonaire, une d'œdème pulmonaire, ce qui donne une mortalité de 4,3 0/0.
— Henri Milhiet.

Digitized by Google

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Traitement de la stomatite mercurielle. — On a conseillé d'employer les savons dentifrices suivants pour l'hygiène de la bouche :

I. Carbonate de magnésie	5 grammes
Iris de Florence	
Talc	
Savon médicinal	
Essence de menthe poivrée	X gouttes
Mucilage de gomme arabique	Q. S.

Pour faire un savon dentifrice. (Kraus).

II. Chlorate de potasse	20 grammes
Savon médicinal	10 —
Carbonate de chaux	20 —
Essence de menthe	XV gouttes
Glycérine	Q. S.

Pour faire un savon dentifrice. (Unna).

On peut employer comme collutoires les solutions antiseptiques suivantes :

I. Teinture de noix de Galles	12 grammes
— de ratanhia	12 —
Résorcine	3 —
Menthol	0 gr. 25
II. Menthol	1 gramme
Teinture de ratanhia	50 —
Alcool à 80°	50 —

Préparation au lactate ferreux :

Lactate ferreux	10 grammes
Acide citrique	2 —
Eau distillée	100 —
Dissoudre à chaud, filtrer et ajouter	
Sirop de limons	100 —

20 grammes renferment 1 gramme de lactate ferreux.

(Bolletino chimico farm., 1900.)

Fumigation pour chambre de phtisique :

Solution de formaldéhyde à 40 %	60 grammes
Créosote	15 —
Essence de térébenthine	32 —
Menthol	1 —

On fait évaporer en laissant tomber goutte à goutte sur une tôle métallique. Deux grammes du mélange suffisent pour une chambre. *(Journ. Ph. de Liège et Bull. de Ph. du Sud-Est.)* A.G.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

De la syphilis de l'intestin. — M. Lereboullet recevait le 1er juillet 1899 la visite d'un homme de 34 ans, amaigri, d'aspect rachitique, atteint depuis 18 mois de diarrhée chronique. Cette affection avait débuté par des troubles digestifs et des hémorrhagies intestinales à répétition. Depuis lors, il souffrait de coliques, de tenesme rectal, rendant fréquemment avec de vives douleurs de petits paquets de mucosités sanguinolentes. Aucune médication n'avait pu enrayer ces accidents. Parmi ses antécédents, on relevait une syphilis contractée 15 ans auparavant et sérieusement soignée pendant 3 ans.

L'intestin était douloureux à la pression en certains points : il n'existait ni entéroptose, ni dilatation de l'estomac ; poumons, foie et rate normaux. Aux aines, on percevait une pléïade d'assez volumineux ganglions indurés. On constatait aussi des ganglions sus-épitrochléens et cervico-postérieurs.

Soupçonnant l'existence d'ulcérations syphilitiques de la muqueuse intestinale (cette idée fut adoptée par M. Fournier qui vit le malade). M. Lereboullet institua le traitement spécifique par l'iodure de potassium et les injections journalières d'huile grise. Deux mois après le malade était complètement guéri.

L'efficacité si complète et si rapide du traitement antisyphilitique prouve bien dans ce cas la nature de la maladie.

M. Fournier. — (Voir cette communication page 449.)

Lésions pathologiques datant du temps des Pharaons. — M. Zambaco présente la reproduction photographique de quelques lésions osseuses dont plusieurs remontent à plus de 80 siècles, et qui démontrent que les habitants de l'Egypte, à ces époques préhistoriques, n'étaient pas à l'abri des maladies qui, de nos jours, affligent le genre humain. Les ossements étudiés proviennent en effet des nécropoles de l'ancienne Egypte.

Les lésions, dont ces squelettes portent encore les traces, consistent en ostéites suppurées du crâne, exostoses du femur, du peroné, du cubitus. La comparaison de ces lésions avec celles que nous observons de nos jours à la suite de la syphilis, parfois leur multiplicité sur un même squelette, plaide en faveur de la nature syphilitique de l'affection qui a déterminé ces dégâts.

M. Fournier fait d'expresses réserves sur l'origine syphilitique de ces lésions. Aucune de ces photographies ne reproduit un type bien authentique de lésion imputable à la syphilis ; de plus nombre de maladies, comme la fièvre typhoïde, les traumatismes, peuvent déterminer sur les os des lésions très-voisines comme aspect de celles qui dérivent de la syphilis.

Election. — MM. Lalesque, d'Arcachon, et Catrin, de Valenciennes, sont nommés correspondants nationaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

De l'albuminurie orthostatique. — M. Merklen. L'albuminurie orthostatique des jeunes sujets est-elle due à un reliquat de nephrite infectieuse ou à un simple trouble fonctionnel du rein ? M. Achard, se basant sur une légère diminution de la perméabilité rénale, sur une maladie grave compliquée d'albuminurie dans les antécédents dans un cas penche pour une lésion rénale à l'état d'ébauche, consécutive à une néphrite.

M. Merklen pense, au contraire, que cette forme d'albuminurie peut s'expliquer par une dystrophie transitoire de l'épithelium glomerulaire sous la dépendance des modifications de la circulation rénale produites par la station debout.

L'albuminurie orthostatique est une albuminurie inter-

Digitized by Google

mittente d'emblée, et elle reste intermittente tout en s'atténuant avec l'âge ; jamais elle ne se complique de néphrite véritable. Cette évolution si spéciale montre bien que c'est une albuminurie fonctionnelle et non une albuminurie organique.

M. Achard ne conteste pas l'insuffisance transitoire des fonctions rénales ; mais il n'est pas facile de préciser ce que l'on doit entendre par le terme de trouble fonctionnel. Pour le rein en particulier, l'albuminurie ne peut avoir lieu que si l'imperméabilité normale à l'albuminurie disparaît, c'est-à-dire s'il survient une modification physique dans les parois perméables représentées par les capillaires sanguins, la membrane de Bowmann et les parois des tubuli. Cette modification peut être transitoire, mais n'en consista pas moins dans un changement matériel dans les éléments du rein. De plus la guérison, habituelle dans ces cas, n'explique pas forcément l'intégrité anatomique pendant la maladie.

M. Millard rapporte un cas d'albuminurie orthostatique observé chez une enfant de 10 ans et demi, ayant eu autrefois la coqueluche, la rougeole et la varicelle. Les urines du jour, malgré le régime lacté longtemps continué, renfermaient 0 gr. 54 à 0 gr. 60 d'albumine, tandis que celle de la nuit n'en présentaient que des traces indosables. La santé de l'enfant était d'ailleurs excellente.

Sur la valeur clinique du pouvoir absorbant de la plèvre. — MM. Louis Rénon et Latron. Nous avons recherché le pouvoir absorbant de la plèvre au bleu de méthylène chez deux malades atteints de pleurésie séro-fibrineuse avec épanchement.

Après la recherche de la perméabilité rénale au bleu, perméabilité qui était normale, l'injection de bleu dans la cavité pleurale fit passer celle-ci rapidement dans l'urine ; mais l'élimination dura plus longtemps que par la voie sous-cutanée ; la matière colorante n'existait plus dans la plèvre dans un cas neuf jours après l'injection, dans l'autre trois jours après. La rapidité du pouvoir absorbant pleural nous fit penser que les deux pleurésies n'étaient pas nettement tuberculeuses, opinion vérifiée par l'évolution clinique ultérieure.

Il existe un rapport évident entre l'élimination rapide du bleu et la résolution rapide de l'épanchement.

Notre étude est la confirmation absolue des travaux de Ramond, Tourlet et Castaigne. La méthode peut, en clinique, rendre des services, mais sa valeur réelle ne pourra être complètement déterminée que par l'analyse d'un très grand nombre de cas.

Gonflement isolé des glandes sous-maxillaires chez un saturnin — MM. Louis Rénon et Latron. Dans la parotidite saturnine, l'irritation glandulaire peut se limiter à la parotide seule ou se généraliser à toutes les glandes salivaires, parotide, sous maxillaire et sublinguale.

La sélection du toxique sur les glandes sous-maxillaires seules est une rareté que nous avons observée chez un saturnin chronique fortement intoxiqué, atteint de coliques de plomb, de paralysie et de goutte saturnines. Le gonflement des sous-maxillaires apparut dans le décours d'une colique de plomb : la région sous maxillaire, siège d'une saillie très marquée, était remplie par une masse arrondie, légèrement lobulée, mobile sur les plans superficiels et profonds, absolument indolore.

Cette tuméfaction disparut complètement, vingt jours après son apparition, en diminuant peu à peu.

Si l'on songe que la muqueuse du plancher de la bouche n'était pas irritée et que les orifices des canaux de Warthon n'étaient ni rouges, ni enflammés, il nous semble logique d'admettre le rôle exclusif du plomb dans la genèse des accidents.

Transmission de la fièvre typhoïde par les huîtres. — M. Chantemesse. La transmission de la fièvre typhoïde par les huîtres est aujourd'hui un fait admis. Il n'est cependant pas inutile de faire connaître les cas qui se présentent avec un ensemble de preuves capable d'imposer la conviction, comme pourrait le faire une expérience de laboratoire. Telles sont les deux observations suivantes qui m'ont été communiquées, l'une par la victime, le Dr J. (de Beaulieu) et l'autre par le prof. Dayot (de Rennes).

Le Dr J. ., qui a dépassé la quarantaine, est robuste : il a habité de longues années des milieux où régnait la fièvre typhoïde, sans jamais avoir été atteint. Son hygiène alimentaire est sévère ; il ne fait usage que d'eau longuement bouillie pour boisson et pour les soins de la bouche. Le 4 décembre 1899, à Beaulieu, il fut atteint — et son cas fut isolé — d'une fièvre typhoïde grave entrecoupée de complications pulmonaires. La seule infraction antihygiénique qu'il ait commise avant sa maladie a été une ingestion d'huîtres suspectes qu'il prit à un dîner chez le professeur R... (de Montpellier) le 26 novembre. A ce dîner assistaient quatre convives. Deux s'abstinrent de manger des huîtres, le troisième n'en consomma que quelques unes ; le Dr J.. en mangea une douzaine et demie. Le premier malaise fébrile apparut huit jours après.

La seconde observation est celle d'un jeune homme de seize ans soigné par M. Dayot (de Rennes). Atteint de rhumatisme articulaire aigu, le 27 mars 1899, ce malade fut entièrement guéri le 28 avril. Il put aller au jardin, mais ne quitta pas son domicile. Sa santé était devenue excellente, quand il fut pris de malaise et de fièvre le 7 mai. Les symptômes augmentèrent de gravité les jours suivants et la fièvre typhoïde à forme adynamique compliquée d'hémorragies intestinales se déroula. Elle dura quarante-cinq jours Ce jeune homme habitait un petit hôtel avec jardin, où ne pénétraient que les personnes de la famille et les domestiques. Les uns et les autres étaient bien portants et n'avaient eu de contact avec aucune personne malade ou convalescente Le quartier était très salubre et indemne depuis longtemps de toute fièvre typhoïde. L'alimentation avait été la même pour toutes les personnes de la maison et aucune d'elles n'avait été malade. L'enquête a démontré que

Digitized by Google

seul le jeune homme avait mangé une douzaine d'huîtres de Cancale qu'il avait trouvé excellentes. L'ingestion des huîtres avait eu lieu le 20 avril, dix-sept jours avant les premiers symptômes de la fièvre typhoïde.

Ces observations me paraissent corroborer celles que j'ai fait connaître antérieurement sur le même sujet. Je les signale ici pour qu'elles servent d'incitation aux pouvoirs publics et que le récent rapport de notre collègue M. Mosny sur l'infection de certains parcs à huître ne reste pas lettre morte.

Instructions contre les maladies vénériennes. — — La Société médicale des hôpitaux approuve les conclusions suivantes du rapport rédigé par la commission nommée à propos de la communication de M. A. Renault

Instruction pour la blennorragie Le malade atteint de blennorragie doit éviter pendant toute la durée de sa maladie tout rapport vénérien ; il prendra grand soin de ne point porter la main à ses yeux, de crainte d'ophtalmie parfois terrible.

Il se fera soigner par le médecin, et non par le pharmacien, jusqu'à disparition complète et durable de tout suintement du canal ; tant que persiste la moindre goutte, et la guérison de cette goutte est parfois très longue, le malade ne peut se considérer comme débarrassé ; au cas où, toute goutte ayant disparu, il persistera des filaments dans l'urine du matin, on devra les montrer au médecin, qui seul peut juger si la guérison de la blennorragie est définitive.

Le malade ne pourra se marier tant qu'il ne sera pas radicalement guéri ; un mariage prématuré présente les plus grands dangers pour la femme qui, contagionnée, ne cessera de souffrir du ventre, et deviendra une infirme vouée aux opérations chirurgicales et à la stérilité. Il faut savoir aussi que les enfants, en naissant, peuvent prendre par les yeux la blennorragie maternelle, et devenir aveugles.

Instructions pour la syphilis. — La syphilis se contracte et se transmet par les plaies des organes génitaux, de l'anus de la gorge, de la langue, des lèvres, dans les rapports sexuels, par le baiser, les contacts directs, ou encore par le baiser, les contacts directs, ou encore par l'usage des verres, cuillers, fourchettes, pipes, cigares, linges souillés de virus syphilitique.

La syphilis se transmet du père à l'enfant, qui meurt en naissant, ou devient malade après la naissance, et communique la maladie à ceux qui l'entourent : ne jamais confier ses enfants à une nourrice. Il ne faut pas se marier avant plusieurs années, et sans la permission expresse du médecin.

La syphilis ne guérit que par un traitement prolongé, de plusieurs années, surveillé par le médecin : il ne fait tomber ni les cheveux ni les dents ; il ne nécessite pas la cessation du travail. Les médicaments dits dépuratifs ne méritent aucune confiance.

Le syphilitique ne doit ni fumer, ni boire d'alcool, ni faire d'excès quelconque ; ce serait pour lui s'exposer à des aggravations parfois terribles de la maladie, aboutissant trop souvent à la paralysie, aux maladies de la moelle épinière et du cerveau, même à la mort.

Pendant les cures, et en tout temps, le malade doit prendre des soins minutieux de la bouche.

La syphilitique ne doit jamais oublier qu'il a été atteint de cette maladie ; même après 10, 20, 30 ans, il doit, s'il tombe malade, faire au médecin qui le soigne, l'aveu de son ancienne affection (*22 juin*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Occlusion intestinale opérée 24 heures après l'accouchement — M. Morestin communique l'observation suivante. Une femme de 29 ans, secondipare, à terme est prise le 24 août au soir de violentes douleurs dans le bas-ventre, de nausées puis de vomissements. Le 25 à 6 heures du matin, elle accouche d'un enfant vivant. Les vomissements continuent toute la nuit et la journée du lendemain, malgré les applications de glace. Il n'y a eu ni selles ni garde-robes depuis 36 heures. Le ventre se ballonne, les vomissements sont fécaloïdes, le pouls est à 140 ; l'état est extrêmement grave. On sentait dans la région ombilicale une tumeur arrondie, mobile, douloureuse à la pression et sonore à la percussion. M. Morestin, pensant qu'il s'agissait d'une occlusion intestinale probablement due à un volvulus, pratiqua la laparotomie d'urgence, et trouva d'abord un volvulus d'une anse de l'intestin grêle très distendue qu'il put détendre assez facilement. Mais cette manœuvre ne suffit pas à rétablir le cours des gaz, car il subsistait un agent d'étranglement enserrant les deux pédicules de l'anse distendue. Celle-ci était passée au travers un orifice de son propre mésentère qui l'étranglait à sa base. La réduction s'opéra cependant par déchirure prudente de l'orifice et immédiatement les gaz distendirent rapidement de proche en proche les anses flasques, en même temps que l'anse étranglée diminuait de volume. Le ventre fut nettoyé et fermé.

Les suites de cette opération furent des plus simples ; le cinquième jour, elle avait une garderobe, et au bout de 12 jours, elle était complètement guérie.

Occlusion intestinale par invagination. — M. Michaux analyse une observation de M. Auvray. Il s'agit d'un homme de 29 ans, entré à l'hôpital de la Charité pour des phénomènes douloureux abdominaux. Il fut tout d'abord placé dans un service de médecine, où l'on porta le diagnostic d'appendicite. Malgré le traitement employé (opium, glace, sangsues) l'état du malade devint rapidement très grave : ventre météorisé, douloureux à la pression, vomissements porracés, pouls filiforme, arrêt complet du cours des gaz et matières fécales, T. 37° 4 Une intervention s'imposait ; laparotomie latérale dans la fosse iliaque droite trois jours après le début des accidents. L'appendice cœcal ne présentait aucune lésion, pas de

Digitized by Google

péritonite de ce côté, ce qui concordait d'ailleurs avec l'absence du signe de Mac Burney.

Songeant alors à la possibilité d'un étranglement interne, M. Auvray ferma la plaie iliaque et ouvrit la cavité abdominale sur la ligne médiane par une incision allant de l'ombilic à la symphyse pubienne. En déroulant les anses intestinales congestionnées, il découvrit dans l'excavation pelvienne une tumeur formée par l'intestin grêle, imaginé dans l'intestin grêle, cause de l'occlusion, et parvint par des tractions légères sur le bout imaginé à réduire cette invagination. L'intestin était en bon état, bien que l'étranglement interne datât de 3 jours; un seul point parut suspect par sa coloration et son amincissement, il fut suturé, puis le ventre nettoyé et fermé. Le malade fut remonté par des injections de serum et de cafeïne et guérit de cette intervention.

Plusieurs points de cette observation sont intéressants à signaler : d'abord il y eut erreur de diagnostic et l'occlusion intestinale fut prise et traitée en médecine pour une appendicite. Il est des cas en effet où l'appendicite et l'invagination donnent lieu à des symptômes très analogues : douleurs brusques et vomissements au début; siège maximum de la douleur vers la fosse iliaque droite; tuméfaction circonscrite dans la même région, constipation et ballonnement du ventre. Mais dans ce cas, les manifestations de côté de la fosse iliaque droite, et surtout la réaction péritonéale faisaient surtout penser à une appendice perforé, c'est-à dire à une péritonite généralisée. Mais il est encore plus facile de confondre la péritonite avec l'occlusion intestinale, et d'attribuer à l'une ce qui revient à l'autre de ces affections, c'est ce qui eut lieu dans ce cas.

Il est également intéressant de constater que trois jours après le début des accidents, la réduction de l'invagination a pu être faite sans difficulté et sans lésion appréciable. Quant à la cause de cette invagination, elle échappe complètement, le bout intestinal invaginé ne présentant pas de polype.

De l'asepsie des mains. — M. Schwartz, grâce à des expériences entreprises avec M. Marmorek, s'est convaincu qu'il est impossible d'obtenir et de conserver pendant l'opération la stérilité des mains, et cependant il ne négligeait rien pour parvenir à ce résultat.

La durée totale des manœuvres pour la stérilisation des mains dans ces expériences était de 12 à 15 minutes ; elles consistaient en lavage au savon et brossage dans l'eau chaude bouillie pendant 7 à 8 minutes, puis lavage dans le permanganate de potasse, puis dans le bisulfite de soude ; brossage, décapage dans l'alcool à 90° ; ablutions dans le sublimé à 1/1000°, puis dernier lavage dans l'eau stérilisée pour enlever le sublimé. Les mains étaient alors plongées dans les bouillons de culture ; jamais ceux-ci ne sont demeurés stériles.

De même pendant les opérations, malgré le lavage des mains dans le sublimé, leur stérilisation ne pouvait être absolue. Il est à remarquer toutefois que l'asepsie des mains, grâce à ces lavages au sublimé augmentait à mesure que l'on se rapprochait de la fin de l'opération, ce qui d'ailleurs n'empêchait nullement les plaies de guérir par première intention.

Si l'utilité des gants de caoutchouc est contestable dans les opérations aseptiques, il n'en est plus de même pour les opérations septiques, où la rapidité et la précision opératoire ne sont plus aussi nécessaires. Ils permettent à l'opérateur d'éviter la contamination des mains dans la mesure du possible.

M. Broca s'élève contre l'usage des gants qui gênent les mains et prolongent la durée de l'opération ; il pense qu'après des lavages fréquents des mains au savon, au permanganate de potasse, au sublimé, à l'alcool, on peut faire de la bonne chirurgie et éviter de contaminer directement la plaie.

Tumeur de la région rectale. — M. Schwartz présente une énorme tumeur épitheliale développée en arrière du rectum dans la concavité du sacrum, chez une femme de 39 ans. Laparotomie d'abord puis opération de Kraske et ablation du néoplasme. Résection du resection du rectum, imagination du bout supérieur dans l'inférieur, puis suture à l'anus ; guérison (*27 juin*).

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie d'urgence, par F. Lejars, 2e édition. Masson, éditeur, prix 25 fr.

La rapidité avec laquelle a été épuisée la première édition du livre de M. Lejars est la meilleure preuve de la valeur et de l'utilité du Traité de chirurgie d'urgence. La seconde édition constitue un livre nouveau ; l'auteur, en effet, y a ajouté de nombreux chapitres pratiques, des figures, des photographies des mieux réussies qui rendent la lecture des plus attrayante.

Signalons parmi les principales additions, les corps étrangers des fosses nasales, les plaies du crâne, de la face et de la langue, les abcès de la bouche et de la gorge, les phlegmons du cou, la néphrotomie d'urgence, les abcès de la prostate, le paraphimosis, les abcès de l'anus et du rectum, la dilatation anale d'urgence, les plaies articulaires, et toute une série de questions de pratique journalière, les sutures, les plaies des parties molles, les abcès chauds, les adéno-phlegmons et le panaris, le phlegmon et l'anthrax diffus, etc.

La chirurgie des membres et en particulier les fractures ont été l'objet d'une véritable transformation.

Cet ouvrage, dont l'éloge n'est plus à faire, recevra certainement du public médical l'accueil qu'il mérite; c'est un livre que tout praticien doit consulter, il y trouvera toujours, dans les cas difficiles, les règles d'une conduite sage et rationnelle. — J. H. M.

Cure radicale opératoire de la hernie inguinale avec un nouveau procédé, par le Dr Ch. Fourrel (de Paris). Petit in-8°, 22 figures. Prix : 2 fr. 50, chez Maloine, éditeur.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

Consultation Médicale

Hôpital Necker. — M. H. HUCHARD

La pneumonie des obèses (1)

Le pronostic de la pneumonie dépend de bien des conditions différentes et notamment de la nature du terrain sur lequel elle évolue. Toutefois, parmi ces conditions, il en est une qui constitue un véritable facteur de gravité, et sur laquelle on n'insiste pas assez : c'est l'obésité.

Une femme, morte récemment dans le service, en est un exemple. Cette malade, âgée de 44 ans, était entrée à l'hôpital le huitième jour de sa maladie, présentant les symptômes d'une pneumonie insidieuse, avec point de côté et crachats rouillés, mais affectant une marche traînante avec frissons répétés et sans réaction bien marquée. L'auscultation indiquait une pneumonie droite avec foyers disséminés. La dyspnée était très intense, mais la température, qui n'avait pas dépassé 38°5 les jours précédents, était à ce moment de 37°5 seulement. Néanmoins, la diurèse était bonne, ce qui tenait peut-être à l'emploi de la théobromine ; mais l'urine renfermait de l'albumine en assez grande quantité. L'aggravation progressive de ces accidents amena rapidement la mort avec une température normale, à 37°2, et à l'autopsie on trouva une pneumonie du poumon droit avec un épanchement pleural d'un litre environ. Mais le point le plus important est que le cœur était gras et dilaté, que le foie, le rein et tous les autres organes étaient profondément infiltrés de graisse. En résumé, on pouvait dire que cette malade, avec une pneumonie en somme peu importante, en tant qu'étendue, avait succombé principalement en raison des altérations graisseuses préalables présentées par ses viscères.

Cette observation démontre, une fois de plus, que dans le pronostic de la pneumonie, on aurait tort de voir seulement le degré de virulence du microbe; il faut encore et surtout tenir compte d'un facteur très important : le terrain sur lequel évolue la maladie.

A côté du pneumocoque plus ou moins virulent, il y a le pneumonique et le pronostic est intimement lié à l'intégrité des organes du malade, car il y a, surtout dans les maladies infectieuses, un hyperfonctionnement des organes émonctoires, du foie et du rein qui doivent éliminer les toxines ; si ces organes sont en état de méiopragie, c'est-à-dire de fonctionnement insuffisant, le pronostic se trouve singulièrement aggravé. Ceci explique la moindre gravité de quelques maladies infectieuses dans le jeune âge, et c'est ce qui avait permis à Guersant, parlant de la pneumonie lobaire des enfants, de dire qu'on la guérissait avec : « Lait, lit, looch ». Au contraire, chez les vieillards, chez les alcooliques, les surmenés, les goutteux, etc., le pronostic de la pneumonie est particulièrement grave, le rein et le foie étant toujours plus ou moins altérés.

Chez les obèses, tous les organes sont malades; ils sont infiltrés de graisse; il est donc facile de comprendre que le rein élimine mal les toxines et que la rétention de ces produits dans le foie ne s'accomplit pas d'une façon normale.

Dans ces conditions, quelles sont les indications thérapeutiques et les moyens de les remplir?

Ceux-ci sont au nombre de quatre : 1° La saignée; 2° la digitale ; 3° le régime lacté ; 4° l'administration de chlorures.

1° Le meilleur moyen de soulager le cœur c'est de diminuer l'effort qu'il subit ; cette indication est remplie par la saignée déplétive qui, en diminuant le travail à fournir, fortifie le cœur.

2° Le mode d'action de la digitale a été fort discuté. Certains auteurs, entre autres Lazzaro en Italie, ont prétendu que la digitale avait une action sur la pneumonie elle-même. C'est ainsi que Petresco donne à ses pneumoniques de 4 à 8 grammes d'infusion de feuilles de digitale par jour pendant quinze jours, ce qui constitue une thérapeutique par intoxication. Alors, on a été jusqu'à prétendre que l'intoxication digitalique est l'antidote de la toxémie diplococcique et qu'elle possède même une influence neutralisante sur les toxines secrétées par le pneumocoque. Ce sont là de simples hypothèses.

La digitale agit comme toni-cardiaque et diurétique ainsi que je l'écrivais en 1892 (1) « L'indication de la digitale se presente dans presque toutes les pneumonies fibrineuses, non pas seulement pour combattre l'état fébrile ni pour agir directement sur le processus pneumonique, ce qui est impossible, mais pour donner au cœur une force de réserve dont il aura besoin pour lutter, mais aussi pour assurer de bonne heure, par la diurèse, la dépuration de l'organisme ».

Mais, il faut prescrire la digitale de bonne heure pour la raison suivante que j'indiquais encore à la même époque. Que de fois n'ai-je pas vu commettre l'erreur suivante : Une pneumonie plus ou moins étendue s'est développée; le cœur, impassible dans les premiers jours, précipite et accentue ses battements : la systole est vigoureuse, le pouls vibrant, et l'on s'appuie sur tous ces caractères pour croire inutile toute intervention cardiaque. On ne s'aperçoit pas que le cœur se contracte fortement pour lutter

(1) Consultation redigée en partie par M. le Dr REILLE.

(1) *Société de thérapeutique*, février 1892.

Digitized by Google

et parce qu'il lutte, et que bientôt épuisé, il ne se relèvera plus jamais ; on ne s'aperçoit pas que cette force apparente de l'organe est déjà un indice, une cause prochaine de sa faiblesse, de sa dilatation souvent aiguë qui survient encore d'une façon inopinée, sans aucune lésion du myocarde, sans l'intervention d'une de ces myocardites aiguës dont on a tant abusé dans le cours des maladies infectieuses, mais par le fait d'une action parésiante des toxines microbiennes sur la musculature cardiaque. Alors après la période d'excitation, le myocarde faiblit, le cœur se dilate, et c'est à ce moment seulement que l'on songe à donner la digitale, quand elle ne peut plus rien faire sur un organe dont la contractilité est épuisée, et quand elle ne peut plus produire la diurèse en raison de l'imperméabilité rénale et de l'hyperfonctionnement du rein survenu à une période où l'élimination des toxines est à son maximum.

Cette action toni-cardiaque de la digitale a été nettement démontrée et son indication dans la thérapeutique de la pneumonie ne rencontre plus que de rares opposants.

Aussi, n'est-ce pas sans étonnement que j'ai lu dans un ouvrage récent (2) la phrase suivante : « Rien dans la symptomatologie de la pneumonie ne marque une indication cardiaque ». C'est là se montrer beaucoup trop affirmatif et l'auteur lui-même le prouve ; car, quelques pages plus haut, il avait écrit: « L'asthénie cardiaque est un accident très fréquent et très à craindre dans la pneumonie. Dans la terminaison fatale, il faut faire jouer un grand rôle à l'affaiblissement du cœur. » Puis, ailleurs encore, dans le même article, il parle, même en l'absence de toute lésion du côté du cœur « d'une virulence spéciale du pneumocoque aboutissant à la toxémie cardiaque ». Enfin, on lit que « les troubles cardiaques sont loin d'être en rapport avec l'étendue de la lésion pulmonaire. »

Que penser de ces affirmations contradictoires ? Du moment que la pneumonie touche fréquemment le cœur, du moment qu'il y a asthénie cardiaque et que « dans la terminaison fatale, il faut faire jouer un grand rôle à l'affaiblissement du cœur » ; il semble logiquement qu'il existe bien dans la pneumonie une symptomatologie, et consécutivement une indication thérapeutique cardiaque.

J'ai relevé encore une autre inexactitude. Il est dit qu'en 1897, Gingeot et Deguy ont préconisé dans le traitement de la pneumonie l'administration d'un milligramme de digitaline cristallisée *pro die*. C'est là une erreur. Ces deux auteurs ont préconisé comme moi en 1892, la digitaline à dose d'un milligramme en une fois, mais non pas partiellement, ce qui est très différent.

Quoi qu'il en soit, je considère que dans l'infection pneumococcique et surtout chez les obèses, si la maladie est au poumon, le danger est au cœur et que l'administration de la digitale, comme tonique cardiaque, est non seulement utile, mais nécessaire.

D'autre part, la prescription des diurétiques est indiquée pour favoriser l'élimination des toxines : laitage et deux ou trois cachets de théobromine à 0,50 centigrammes, ce dernier médicament prescrit quelques jours après que l'action toni-cardiaque a été obtenue par l'administration, *pendant un seul jour*, de 40 à 50 gouttes d'une solution de digitaline cristallisée au millième représentant exactement un milligramme de principe actif.

Il est encore une indication thérapeutique trop souvent délaissée et sur laquelle j'ai déjà attiré l'attention (1), c'est l'administration des chlorures. Dans la pneumonie, particulièrement, il existe de l'hypochlorurie urinaire, soit par rétention, soit par manque d'élimination et c'est là un facteur important du pronostic de la maladie, surtout lorsque le chiffre des chlorures s'abaisse au dessous d'un gramme, et surtout de 0,50 centigr.

La quantité des chlorures urinaires excrétés en un jour, est de 10 à 12 grammes. Sous l'influence de l'alimentation, du régime lacté absolu, cette quantité peut descendre à 2 ou 3 grammes, sans aucun inconvénient; mais, en dehors de ces conditions, on voit survenir de l'*hypochlorurie* (élimination inférieure à un gramme par jour) ou même l'*achlorurie*. J'ai cité plusieurs observations dans lesquelles l'hypochlorurie, voisine de l'achlorurie, a été suivie rapidement de mort. J'ai vu un diabétique ancien, dont les urines ne contenaient que quelques grammes de glucose, chez lequel la quantité des chlorures arriva à 0 gr. 35 par jour; la mort survint très rapidement. Chez un autre malade, atteint de tachycardie paroxystique, l'élimination des chlorures urinaires étant descendue jusqu'à 0 gr. 45 par jour, je portai un pronostic très grave et la mort survint 48 heures plus tard. Enfin, chez un malade artério-scléreux, avec symptômes angineux, les chlorures s'étant abaissés à 0,50 centigr., en dehors même du régime lacté, le pronostic fut déclaré fort grave, malgré une amélioration apparente et la mort survint la nuit même qui suivit la consultation, alors que nul symptôme ne permettait de présager une terminaison aussi rapide.

Cette aggravation du pronostic due à l'hypochlorurie est peu connue et cependant elle avait déjà été

(2) Traité de médecine et de thérapeutique, tome VII.

(1) *Revue de Médecine* 1897.

Digitized by Google

signalée en 1880 par Méhu (1) qui écrivait : « Une diminution considérable des sels minéraux hors de toute proportion avec le poids des matières fixes est toujours d'un pronostic très fâcheux. L'absence du chlorure de sodium est ordinairement l'indice d'une mort prochaine. »

Quelle que soit la théorie qui explique le fait, l'absence de chlorures dans l'organisme et dans l'excrétion urinaire, implique un pronostic fatal. L'organisme a besoin de chlorures pour la sécrétion du suc gastrique et la formation de l'acide chlorhydrique, ainsi que pour les modifications constantes de sa nutrition, et Rommelaere (de Bruxelles), dans un travail trop oublié en 1882 sur la « mensuration de la nutrition organique », a bien fait voir que l'hypochlorurie entrave les phénomènes d'endosmose et d'exosmose qui se passent au sein même des cellules et de l'économie vivante. Il est certain, d'autre part, que s'il y a diminution des échanges organiques, il n'y a plus de mort cellulaire et que la vie devient dès lors impossible. C'est ce qui a permis à Claude Bernard d'énoncer cette idée paradoxale en apparence, à savoir que *la vie c'est la mort*. La vie, en effet, n'est qu'un conflit incessant entre la destruction et la création organiques ; on cesse de vivre quand on cesse de mourir.

On se préoccupe, à bon droit dans le cours des maladies infectieuses, de la présence de l'albumine dans les urines ; mais, on ne recherche pas assez le taux des chlorures urinaires. Lorsque, sous l'influence du régime lacté, ou encore par le fait d'une pneumonie, ces chlorures s'abaissent jusqu'à 2 gr. 50 ou 3 grammes, il n'y a pas là un élément sérieux de pronostic. Mais, lorsque l'hypochlorurie est au-dessous d'un gramme et surtout de 0,50 centigr., à plus forte raison lorsqu'il y a une achlorurie absolue, le pronostic devient extrêmement grave, et la mort est proche. C'est ce qui est arrivé chez notre pneumonique obèse, et malheureusement la constatation du fait a été trop tardive pour nous permette une intervention prompte et efficace.

Il faut donc dans tous les cas où l'organisme est profondément atteint, que ce soit par la faute d'une maladie chronique ou par le fait d'une maladie infectieuse, fournir à l'organisme le chlorure de sodium dont il a besoin : par des aliments salés, par les lavements salés, enfin et surtout par les injections salines, dites de sérum artificiel (300 à 500 grammes par jour, et même davantage.

En résumé, le traitement de la pneumonie des obèses peut être ainsi formulé :

1° Saignées, soit locales, soit générales ;

2° Administration de digitale comme tonicardiaque et non dans le but de répondre à une intoxication morbide par une intoxication médicamenteuse ;

3° Laitage et diurétiques (théobromine) ;

4° Administration du chlorure de sodium.

(1) *Urine normale et patologique*, 1880.

ÉTUDE CLINIQUE

Coup d'œil rétrospectif sur l'épidémie de grippe

Dr Breton (de Dijon)

Durant les quatre premiers mois écoulés de cette année 1900, une épidémie de grippe sérieuse a sévi sur notre région. Le nombre des malades fut considérable et la mortalité élevée. L'influenza porta surtout ses ravages parmi les vieillards et les enfants. Les personnes débilitées, atteintes d'affection chronique n'ont pu lui résister et virent leur maladie primitive prendre une allure trop souvent mortelle.

Les campagnes ne furent point épargnéees et dans quelques villages, les deux tiers des habitants durent s'aliter, surtout pendant les mois de février et de mars.

Nous relevons, dans nos observations, 65 cas où la maladie fut très sérieuse. Les personnes atteintes durent garder le lit, ayant une phlegmasie des appareils respiratoires, avec température élevée, embarras gastrique, perte des forces, céphalée, insomnie. Nous ne parlons point des cas peu graves, sorte de forme ambulatoire où le patient continue à vaquer à ses occupations, bien que courbaturé, mal en train, peu apte à tout travail, à tout effort physique, mangeant mal, toussant et légèrement fébrile. Les observations en seraient trop nombreuses.

« Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés. »

Enfants. — 8 observations. Un seul, l'enfant B.., 4 ans, fut atteint de congestion pulmonaire de la base droite, d'une durée de huit jours, qui disparut sans laisser de traces.

Les sept autres furent pris de broncho-pneumonie et l'un d'eux mourut. Ce fut le petit Bor.., âgé de 14 mois, nourri au biberon. L'an passé, il eut une atteinte très grave d'entérite, dont il se guérit grâce à la diète hydrique et aux injections de sérum. Le 27 février dernier, après quelques jours de malaises et de toux, une broncho-pneumonie du sommet droit se déclara. L'évolution se fit en sept jours et la mort en fut la terminaison. La température s'éleva de suite à 39°5 et oscilla entre 40° et 40°5 pour être à 41° un peu avant le décès. Ni les bains refroidis, ni les injections de sérum ne parvinrent à juguler la phlegmasie. Comme il est fréquent, en pareil cas, il y eut

Digitized by Google

des signes de méningisme, au cours de cette broncho-pneumonie : raideur de la nuque, convulsions des globes oculaires, rotation permanente de la tête à gauche, quelques crises convulsives généralisées, contractures des membres. On put même constater de la tétanie, 24 heures avant le décès. Le père est alcoolique.

De nos six autres cas, deux bébés, M..., 8 mois, C..., 12 mois, deux enfants vigoureux, bien qu'élevés au biberon, eurent une broncho-pneumonie du lobe moyen droit dont la guérison s'effectua en dix jours. Restent quatre cas de broncho-pneumonie très grave qui guérirent néanmoins.

Une fillette de 4 ans, C..., de constitution chétive, eut une broncho-pneumonie du sommet droit avec température élevée, oscillant de 39°8 à 40°5.

On dut recourir aux bains refroidis systématiquement et à une médication énergique pour obtenir, après dix sept jours, une guérison définitive.

Garçon de 3 ans, Bot..., élevé au biberon, exempt jusqu'ici de toute maladie, a eu une broncho-pneumonie du lobe moyen droit. Température oscillant de 39°5 à 40°. Guérison en 10 jours, traité par les bains refroidis.

Garçon de 5 ans, Bon..., prend une broncho-pneumonie du sommet droit, quelques jours après que son frère, âgé de huit ans, eut été légèrement grippé. Cet enfant a présenté une température très élevée : 39°8 à 40°8, un délire violent, une agitation désordonnée, nécessitant une garde constante pour le maintenir. Fils d'un père neurasthénique très surexcité, le petit malade eut à supporter, outre cette tare héréditaire, un délire éthylique, survenu par écart de régime. Sous prétexte de toniques, les parents avaient habitué leurs enfants au bon vin et aux liqueurs, à petites doses, il est vrai, mais continues.

Pendant les premiers jours de cette dernière maladie, le champagne fut donné *larga manu* par le père, qui pensait relever ainsi les forces de son fils.

D'où le délire et l'agitation que même les bains refroidis donnés toutes les trois heures, en se guidant sur la température, ne parvenaient à calmer qu'avec beaucoup de peine. Après dix jours de durée, la résolution se fit sans accident.

Beaucoup plus intéressante l'observation du jeune Ber..., âgé de 2 ans. Engendré par un père tuberculeux, porteur d'une énorme excavation du sommet gauche, cet enfant est atteint le 24 février d'une broncho-pneumonie du sommet droit d'une gravité exceptionnelle.

Température élevée à 40° et s'y maintenant. Dyspnée considérable, toux fréquente, agitation perpétuelle, perte de sommeil et phénomènes locaux stéthoscopiques très violents, furent les signes cliniques. La longue durée de la maladie (la guérison ne s'étant effectuée que fin mars), les antécédents paternels, la cohabitation avec ce phtisique avancé, malgré nos fréquentes objurgations, les signes locaux pulmonaires nous firent poser le diagnostic de granulie aiguë et porter un pronostic fatal. L'enfant eut raison de la phlegmasie et guérit. Revu maintes fois depuis, il ne nous a pas été possible de relever le moindre signe de lésion locale pulmonaire. Nous concluons donc à une broncho-pneumonie grippale, évoluant avec une forme et une force spéciales chez un candidat à la tuberculose.

Remarques. — Tous ces enfants, sauf le jeune Bon..., furent pris en même temps de leurs phlegmasies pulmonaires. Si ce petit Bon fit exception, c'est qu'il n'habitait pas Dijon au moment où le plus fort de la grippe sévissait en février-mars, et qu'il ne vint dans cette ville qu'en avril. Quittant un séjour non contagionné, il est pris presque sitôt son arrivée et chez lui, comme chez les autres, la grippe revêt le type broncho-pulmonaire aigu.

Nos trois jeunes malades, B..., M. ., C..., dont la maladie fut bénigne, habitaient des quartiers excentriques que l'on peut considérer comme campagne. M... et C... logeaient dans la même rue, en face l'un de l'autre.

Les autres enfants demeuraient dans les quartiers du centre et la fillette Co... était presque la voisine du petit Bot...

Vieillards. — Sept observations. M. Gui..., 75 ans, meurt en trente-six heures d'une broncho-pneumonie grippale gauche, à forme de catarrhe suffocant. Quatre autres sont atteints de broncho-pneumonie mais guérissent facilement.

M. Bres..., 68 ans, atteint de myocardite scléreuse et d'insuffisance mitrale, prend la grippe. Elle se traduit d'abord par du coryza, puis une congestion violente du lobe inférieur du poumon gauche. L'état cardiaque, *ipso facto*, s'aggrave et l'asystolie éclate presque d'emblée. Ce malade succombe à une embolie cérébrale. Sans cette grippe, il est plus que probable que cet homme eût encore vécu en supportant son infirmité cardiaque. Sous l'influence de la maladie infectieuse, le cœur a eu à lutter contre l'obstacle pulmonaire et contre l'infection grippale. La fibre cardiaque n'a pu soutenir pareil effort et a cédé. La mort rapide s'en est suivie.

Une femme de 76 ans est prise de broncho-pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche. Malgré la longue durée de quatorze jours nécessaire pour arriver à une résolution complète, cette femme a pu recouvrer son état pulmonaire intact. Mais son cœur est devenu et est resté arythmique, ayant attendu cet épisode morbide pour se manifester tel.

Adultes. — Trente-trois observations réparties en

Digitized by Google

quatre séries. Dans une première, nous rangerons les cas de grippe à localisation sur l'appareil respiratoire: bronchite aiguë violente, congéstion pulmonaire intense, coryza persistant. Tous ces malades guérirent de leur infection en une semaine au minimum.

Dans une seconde classe, nous placerons cinq malades dont le début de la grippe se fit par une angine. Cette angine fut ordinairement bi-latérale et revêtit les mêmes caractéres pour tous : inflammation vive des deux tonsilles, rougeur intense de la muqueuse, gonflement amygdalien très prononcé et apparition de dépôts pultacés non seulement sur les amygdales, mais sur la luette, les piliers antérieurs du voile du palais, engorgement ganglionnaire. Dans deux cas, albuminurie légère et transitoire. Trente-six à quarante-huit heures après, grippe pulmonaire à forme de congestion. L'un de nos malades, bien qu'isolé, a contaminé ses deux fillettes qui eurent elles aussi, d'abord la même angine puis l'infection pulmonaire. Consécutivement à cette maladie grippale, une de ses fillettes eut la rougeole. Faut-il y voir une simple coïncidence, ou mieux un organisme peu résistant, envahi facilement par une autre maladie contagieuse ? En effet, la rougeole sévit gravement dans les écoles pendant l'hiver.

Aux signes locaux, se joignirent les symptômes généraux accompagnement ordinaire d'un état fébrile : *état* gastrique, anorexie, céphalée, malaise général. Mais ce qui dominait chez ces malades plus que chez les autres, ce fut l'asthénie, poussée à son summum.

Pour eux, plus que pour tous les autres grippés que nous avons observés, la convalescence fut lente et difficile. Il semble que pour cette catégorie de malades, l'infection faite par deux voies, eût une imprégnation plus profonde et surtout plus tenace.

Dans une troisième catégorie, nous mettrons six grippés observés à peu près aux mêmes dates, dont la maladie revêtit la forme de pleurésie sèche diaphragmatique. Chez ceux-ci, l'infection dura longtemps, trois semaines au moins. Aucun n'eut trace d'épanchement. Mais, si la pleurésie resta sèche, elle fut traînante et surtout très douloureuse. Caractère particulier à noter, ce fut à gauche, sauf pour un cas, que ces signes se manifestèrent. Vu la simultanéité de cette affection chez diverses personnes, nous n'hésitons pas à la cataloguer : grippe pleuro-pulmonaire diaphragmatique.

Dans une dernière classe, nous groupons cinq malades, dont trois nouveaux, chez qui la grippe se borna à une simple congestion pulmonaire, mais qui leur suscita des complications inattendues.

M. Bo... voit au cours de son infection grippale éclater une crise très aiguë d'entérocolite pseudo-membraneuse, dont il n'avait plus souffert depuis trois ans.

Mme S... est prise de salpingite droite, alors que jusqu'ici rien n'avait attiré l'attention sur les voies génitales internes.

Mlle C... a deux accès violents de coliques néphrétiques dont elle ne s'était pas ressentie depuis dix-huit mois.

Mme H... pendant le cours de sa grippe et durant la convalescence, a des sueurs tellement profuses qu'elle inonde toute sa literie et doit être changée, chaque jour, un nombre de fois considérable. Cette femme est une obèse arthritique. Ces différents malades ont donc vu sous l'action du poison grippal, se révéler les points faibles de leur organisme et réapparaître des lésions qui semblaient éteintes ou qui attendirent cet appel pour se manifester.

Nous mettons à part le cas de M. Mo... qui eut une grippe broncho-pulmonaire double à forme de catarrhe suffocant avec albuminurie intense. Très gravement malade pendant dix jours, cet homme eut une convalescence pénible de six semaines. La guérison complète s'en est finalement suivie.

Grippe et tuberculose. — Deux séries.

Dans une première, huit cas.

Ce sont huit malades, tuberculeux à différentes périodes. Quatre moururent. M. Le... phtisique du sommet droit à la deuxième période, se grippe et meurt en cinq jours de forme asphyxique.

Mlles Mul..., D..., tuberculeuses du sommet gauche, à la troisième période, se grippent et meurent en quelques jours de forme suffocante.

Mlle Tain... tuberculeuse pulmonaire droite, à la deuxième période, se grippe et meurt en quinze jours après l'invasion grippale.

Des quatre survivants, Mme De..., M. Ap... passent pendant leur atteinte grippale de la deuxième à la troisième période et cela rapidement, avec un état général mauvais et une température élevée. Depuis cette infection surajoutée, leur état est demeuré très précaire. On ne peut nier chez eux l'influence nocive de la grippe sur la marche accélérative prise depuis, par leur tuberculose.

Mme Nail..., type du tuberculeux obèse, dans les meilleurs conditions d'hygiène, supportait fort bien des lésions au premier degré d'une tuberculose pulmonaire droite, datant de trois ans et à évolution extrêmement lente. Malheureusement elle prend la grippe. Une hémoptysie considérable arrive, difficile à arrêter et d'une durée de plusieurs jours. Depuis, les excavations se sont faites en avant et en arrière du sommet du poumon droit et l'état de cette femme persiste à être très grave. C'est là un fait clinique indéniable et frappant de ce que peut l'infection grippale sur la marche de la tuberculose.

Mme Es..., tuberculeuse du poumon gauche, à forme

Digitized by Google

fibreuse, à évolution traînante, à la première période, se grippe. Presque immédiatement, les lésions locales reçoivent un vigoureux coup de fouet, la tuberculose s'aggrave et revêt des allures dyspnéiques très pénibles pour la malade.

Notre deuxième série est plus intéressante. Elle comprend quatre jeunes filles de 16 à 21 ans, toutes bien portantes jusqu'à leur grippe, d'aspect robuste et issues de parents indemnes de lésion tuberculeuse. Elles ont une grippe à forme ambulatoire, d'allures si bénignes, que rien dans leur état ne paraît nécessiter de soins spéciaux.

Cependant, ces quatre personnes sont atteintes depuis, des lésions initiales, non douteuses, de tuberculose du sommet gauche. Deux d'entre elles ont un père alcoolique, une troisième est fille de père atteint de rhumatisme déformant. Nous ne connaissons pas les parents de la dernière, mariée depuis peu, mais ils ne sont pas tuberculeux.

Nous ne pouvons révoquer l'action néfaste de la grippe chez ces malades, dont la santé avait été excellente jusqu'ici, et que nous avons pu observer depuis déjà plusieurs années.

Cette opinion est opposée à celle de quelques cliniciens. Mais, devant des faits bien observés, pourquoi ne pas s'incliner ! Qu'est-ce qui s'oppose d'ailleurs à ce qu'un organisme déjà affaibli et infecté, assailli par une nouvelle maladie également infectieuse, ne puisse résister à ces deux chocs et que la maladie primitive n'y trouve un élément favorable à son activité? C'est un cas clinique d'observation courante.

Nous citons à part deux malades intéressantes :

Mme H..., 20 ans n'ayant jamais eu aucune maladie, accouche normalement d'une fillette bien vivante. Cinq jours apprès l'accouchement, elle est prise de grippe à forme de spléno-pneumonie gauche, avec température 40° et signes très nets de la maladie de Woillez. Insistons sur la rapidité d'invasion de cette grippe. L'accouchée reçut pendant quelques instants une dame de ses connaissances grippée, qui avait eu la mauvaise idée de quitter son lit pour la venir féliciter. Quelques heures après cette unique visite, notre cliente était prise de frissons, de température élevée, d'emblée à 40°, de point de côté gauche très violent et tous les symptômes de la phlegmasie paraissaient.

Les précautions les plus rigoureuses d'asepsie furent prises pour les suites de couches qui, sans doute grâce à elles, ne furent pas pathologiques.

Cette jeune femme se rétablit péniblement et sa convalescence pulmonaire fut très lente,

Une dame de 35 ans, épileptique, est grippée. Dès les premiers jours de cette grippe, paraissent les signes suivants de méningite de la base : céphalée atroce intra crânienne, vertiges, vomissements, constipation absolument rebelle, pouls rapide à 120, température variant de 37°7 à 38°4, photophobie, puis perte de la vision, impossibilité de se tenir debout. A l'ophtalmoscope, neuro-rétinite double, accentuée à droite. De plus, de grandes crises épileptiques se répétant de trois à cinq fois par vingt-quatre heures. Jusqu'alors, cette malade n'avait eu que des crises nocturnes espacées, isolées, et n'avait jamais présenté le moindre signe méningitique.

Elle est prise de grippe en état normal de santé, de suite, la névrose convulsive redouble d'activité et simultanément paraissent des signes méningitiques. Il y a là un fait d'interprétation clinique sans doute difficile, mais il semble légitime de rattacher les symptômes de cette méningite de la base et les crises épileptiques nombreuses de cette période à l'infection grippale.

Tout rentre dans l'ordre peu à peu.

Remarques. — Telle a été l'épidémie de grippe dans notre région ; son type prédominant fut broncho-pleuro-pulmonaire.

La durée minima de chaque atteinte persista huit à dix jours, maxima, trois semaines à un mois.

Caractère particulier. — L'asthénie terrassait chaque malade. Le moindre mouvement, même au lit, ne pouvait se faire qu'avec la plus grande difficulté.

Le retour *ad integrum* des appareils respiratoires fut toujours très lent et très pénible.

Les convalescences furent particulièrement difficiles. Pour beaucoup, la cessation complète des occupations ordinaires, le changement d'air, furent de rigueur pour remonter les organismes.

De la pratique courante il suit que ; dans une épidémie de grippe, la nécessité s'impose d'isoler tout grippé, de mettre à l'abri de la contagion tout malade porteur d'une lésion organique quelconque ou tous ceux qui, sains en apparence, sont atteints d'une tare ou prédisposition quelle qu'elle soit.

Traitement. — Le séjour au lit fut de rigueur jusqu'à disparition complète du moindre signe stéthoscopique pulmonaire.

On combattit l'état gastro-intestinal par les laxatifs quotidiens.

Les reins, surveillés avec soin, jouèrent leur rôle d'émonctoire grâce aux boissons chaudes abondantes et appropriées.

L'antiseptique pulmonaire qui nous a semblé offrir les meilleurs résultats fut le phosphite de gaïacol donné à saturation dans la glycérine ; de trois à cinq cuillerées à café dans une infusion, *pro die,* suivant la tolérance.

Digitized by Google

Consultation Thérapeutique

Des soins à donner aux enfants atteints du croup

Un enfant porteur d'une diphtérie reconnue cliniquement et bactériologiquement, présente des symptômes de tirage ; on lui pratique l'intubation et on lui fait injecter selon l'intensité de l'angine 20 ou 30 centimètres cubes de sérum ; quels sont les soins consécutifs ? Si nous prenons cet exemple, c'est que malheureusement il est fréquent ; car, soit par prévention, soit par crainte du sérum, les médecins laissent assez souvent les enfants arriver en cet état ; alors, après avoir paré aux accidents immédiats, tout le traitement est à faire, et il convient de le mener à bonne fin.

Il faut d'abord s'occuper de l'alimentation. Or, celle-ci sera uniquement constituée pendant toute la durée du tubage et même postérieurement, s'il y a de l'albuminurie, par le régime lacté absolu. Tant qu'il y a un tube, il est difficile de faire boire l'enfant, car il pénètre toujours un peu de liquide dans la trachée, et ce liquide détermine des quintes de toux qui ne sont pas sans inconvénient, car elles peuvent déterminer le rejet du tube, et, d'autre part, le lait entraîne avec lui tous les germes pathogènes et saprophytes de la bouche et de la gorge, ce qui peut présenter une certaine gravité, en raison de l'éclosion possible d'une broncho-pneumonie ultérieure. Pour éviter, dans la mesure du possible, cette pénétration du lait par le tube, il faut conseiller à la mère ou à la garde-malade de mettre l'enfant dans une position intermédiaire au decubitus dorsal et à la station assise et un peu sur le côté lorsque l'on veut le faire boire. On lui donnera selon l'âge, toutes les heures ou toutes les deux heures, un verre de lait bouilli. Il faut s'en tenir là et ne rien donner autre chose.

Une seconde question se pose : Comment faut-il surveiller l'enfant ? Eh bien ! malgré tout ce que l'on a pu dire et imprimer, il est de toute nécessité qu'il y ait à portée de lui un médecin apte à pratiquer le détubage ou à retuber immédiatement l'enfant si la chose était urgente. L'expérience de tous les jours nous montre cette absolue nécessité. Trois circonstances peuvent se produire qui nécessitent un détubage immédiat, c'est 1° quand une fausse membrane vient s'engager dans le tube et l'obstruer brusquement. Il est vrai que parfois cette fausse membrane peut passer et être spontanément expulsée ; j'en ai une sous les yeux qui a environ cinq centimètres de long et qui a été expulsée à travers le tube par un enfant que j'ai tubé hier matin. Mais cette éventualité est loin de se produire toujours, voici au contraire un tube complètement obstrué par une fausse membrane qui s'y est soudainement engagée et que nous avons laissée en place pour vous prouver ce que je vous avance. L'enfant était dans un bain quand tout à coup, il se cyanose, se débat, a quelques quintes de toux et menaçait de mourir quand Mme la surveillante le détube dans son bain. Cet accident n'eut pas de suite et l'enfant est actuellement en bonne santé ; mais que fût-il advenu si on n'était pas immédiatement intervenu ? la réponse est facile, il serait mort.

2° Il faut également détuber quand il y a une obstruction lente du tube par des mucosités qui viennent s'y agglomérer ; il est vrai que, dans ce cas, l'intervention immédiate est moins nécessaire ; mais il convient néanmoins de ne pas trop la retarder.

3° Enfin, dans quelques cas, assez rares, sans qu'il y ait aucune obstruction mécanique du tube, l'enfant asphyxie, se cyanose et est en danger de mort. Il semble qu'il y ait alors une sorte de spasme broncho-pulmonaire, reflexe, à point de départ laryngé. Détubez l'enfant, les accidents cessent rapidement, et vous constaterez alors qu'il n'y avait aucune obstruction mécanique.

Un médecin est encore nécessaire parce que, à la suite d'un de ces détubages forcés, une crise de spasme laryngé ou même simplement l'obstruction par fausses membranes peuvent nécessiter une réintubation immédiate. Celle-ci peut s'imposer également si l'enfant vient à cracher son tube, phénomène qui est loin d'être rare, et qui se produit tout aussi souvent, quoi qu'on en ait dit, avec les tubes longs qu'avec les tubes courts. Toutes ces considérations justifient amplement notre présence auprès du petit malade, si nous ne voulons pas avoir à regretter des accidents dont la responsabilité nous incombe. Si l'on veut bien vous en décharger, libre à vous d'avoir foi à votre étoile, et d'espérer que la chance vous évitera des désagréments.

Une troisième question intervient dans le traitement, à savoir le traitement local de l'angine. Or, il est ici un principe dont il ne faut pas se départir, à savoir : ne pas arracher les fausses membranes et ne pas pratiquer de cautérisations avec les topiques courants. Il faut se contenter de faire des lavages de la gorge toutes les heures ou toutes les deux heures selon l'intensité de l'angine. Pour pratiquer ces lavages, l'enfant est assis sur un aide qui le tient immobile, les bras et le thorax fixés par le bras droit de l'aide et la tête fixée par la main gauche de l'aide sur sa poitrine. On se met en face de l'enfant, on place un ouvre-bouche et on fait avec un bock-laveur une irrigation de 500 gr. à un litre environ d'une solution antiseptique tiède. Il est bon d'être prévenu que ces lavages sont souvent très difficiles, surtout à bien faire, les enfants étant presque toujours indociles. Il est exceptionnel, si l'on sait bien s'y prendre qu'il tombe du liquide dans la trachée, ce dont on serait averti par les quintes de toux. Cependant, il existe un accident dont il faut toujours avertir les parents, c'est la possibilité de tendances syncopales ou même de syncopes vraies chez les enfants profondément infectés. Aussi, il vaut mieux dans ce cas, que ce soit le médecin lui même qui pratique ces lavages. Si la tendance aux syncopes est trop

Digitized by Google

marquée, il convient de ne pas insister sur ces lavages.

Quels sont les liquides à employer? Dans les cas d'angines légères ou moyennes, on donnera la préférence à la liqueur de Labarraque que l'on formule ainsi :

Liqueur de Labarraque	50 gr.
Eau bouillie tiède	1 lit.

Si l'haleine est fétide et l'angine grave, il faut prendre des désinfectants plus énergiques. Nous employons couramment ici les solutions suivantes :

1° Hydrate de chloral	5 à 10 gr.
Eau distillée	1 lit.

ou

2° Permanganate de potasse	1 gr.
Eau bouillie	4 lit.

Dans certains cas, nous nous sommes bien trouvés de l'emploi de l'eau oxygénée :

Eau oxygénée	1 volume
Eau bouillie	5 à 10 volumes

Dans les formes très légères, on pourra se contenter d'eau boriquée. L'acide phénique ou le sublimé sont moins fréquemment employés. A défaut d'autre chose, on peut néanmoins formuler ainsi :

1° Acide phénique	1 gr.
Eau bouillie	100 gr.
2° Sublimé corrosif	1 gr.
Eau bouillie	5000 gr.

Les lavages de la gorge seront continués aussi longtemps qu'il sera nécessaire, et cela même après la disparition complète des fausses membranes, car le bacille de Lœfler a une persistance et une vitalité parfois considérables.

Parfois, il arrive qu'au bout de 48 heures, il persiste encore des fausses membranes en assez grande abondance; alors il ne faut pas hésiter et injecter à nouveau 20 centimètres cubes de sérum. Nous avons eu ici des enfants qui ont eu jusqu'à 80 cm. c. pour triompher de diphtéries graves et trop tardivement traitées. D'autres fois, on observera le fait suivant : malgré le sérum et les lavages, il persiste au bout de quelques jours, un enduit blanchâtre et tenace sur les amygdales ou le pharynx. Le meilleur moyen d'en venir rapidement à bout est de faire des attouchements avec de la teinture d'iode, attouchements répétés deux à trois fois par jour.

Si ce traitement est ponctuellement suivi, il est bien rare que l'on ait à craindre pour l'existence de l'enfant ; le seul écueil de la thérapeutique, c'est quand elle est appliquée trop tard, ce qui malheureusement, se produit encore quelques fois.

Lorsque l'enfant est sauvé, notre tâche n'est pas finie. Il faut surveiller sa convalescence. On constatera alors que, quand l'infection a été profonde, le pouls est faible, à peine perceptible ; d'autrefois, il y a des irrégularités, d'autrefois de la tachycardie. Je vous ai fait, l'autre jour, constater chez deux enfants guéris d'une diphtérie grave des rythmes couplés temporaires. Or, il faut retenir ce fait : ces suites d'infection ne sont pas graves si elles sont traitées, mais il faut y veiller et les rechercher. Le meilleur traitement, en cette occurrence, est l'administration de la caféine. Dans les cas de dépression profonde et sérieuse, il convient de faire une ou deux ou même trois injections par jour de la solution suivante :

Caféine	2 gr.
Benzoate de soude	2 gr. 25
Eau distillée	10 gr.

Si l'atteinte dans l'innervation du muscle cardiaque a été légère, on peut se contenter d'administrer la caféine en potion. Depuis le commencement de l'année, nous donnons aux enfants le vin toni-cardiaque suivant, qu'ils prennent avec plaisir.

Caféine	4 gr.
Teinture de kola	20 —
Extrait de quinquina	10 —
Vin de Banyuls	1200 —

Un verre à bordeaux par jour en plusieurs fois.

Il est souvent suffisant. Quand l'action de la caféine, action fugace et transtoire, ne paraît pas suffisante, il ne faut pas hésiter à faire des injections de sérum artificiel. On injecte ici, selon l'âge, et pendant plusieurs jours, 50, 100, 200 cm. c. de la solution suivante :

Chlorure de sodium	7 gr. 50
Sulfate de soude	3 gr.
Eau distillée	1 litre.

Cette médication sera continuée tant qu'il sera nécessaire.

D'autres accidents pourront encore nécessiter notre intervention ce sont : 1° les phénomènes d'excitation nerveuse; 2° l'élévation de température avec bronchite et menaces de broncho-pneumonie. Contre les phénomènes d'excitation on est armé ; on a les enveloppements froids, si merveilleusement supportés par les enfants, les bains froids et tièdes fréquemment répétés ; ici on donne les bains à une température de 20° à 35° selon l'état du malade, et on y laisse l'enfant pendant 5 à 6 minutes. Ces bains sont donnés toutes les trois ou quatre heures.

Il convient également d'administrer les bromures et l'antipyrine ; on peut employer par exemple la formule suivante :

Bromure de sodium	5 gr.
Antipyrine	10 —
Eau de tilleul	50 —
Sirop d'écorces d'oranges amères	100 —

Une cuillerée à café ou à bouche selon l'âge

Lorsque l'enfant présente quelques symptômes de bronchite, le benzoate de soude rendra de grands ser-

Digitized by Google

vices. Voici une formule facilement supportée par les enfants :

Benzoate de soude ..... } ãã 10 gr.
Eau de laurier-cerise ..... }
Sirop de fleurs d'oranger ..... } ãã 250 gr.
Eau de tilleul ..... }
3 cuillerées à café ou à bouche par jour selon l'âge

Lorsqu'on observe des phénomènes congestifs au poumon, accompagnés ou non d'élévation de la température, les médicaments vaso-constricteurs produisent d'heureux résultats. Nous nous sommes très bien trouvé de la potion suivante, un peu amère, il est vrai, mais que les enfants prennent facilement :

Extrait aqueux d'ergot de seigle..... 0.20 cg.
Bibromhydrate de quinine ..... 0.50 cg.
Rhum ..... } ãã 25 gr.
Sirop de fleurs d'oranger ..... }
Trois cuillerées à café ou à bouche par jour

Je ne voudrais pas terminer cette question de soins à donner aux bébés sans ajouter que toujours, on devra les maintenir dans une atmosphère humide; comme l'eau pure qui serait cependant suffisante ne paraît pas un agent thérapeutique de haute valeur, on y adjoindra des feuilles d'eucalyptus souvent renouvelées. Le mieux encore sera de vaporiser fréquemment avec un vaporisateur de Lucas-Championnière de l'eau dans laquelle on ajoutera par pulvérisation une cuillerée à café de la solution suivante :

Eucalyptol ..... 10 gr.
Essence de thym ..... } ãã 5 gr.
— de citron ..... }
— de lavande ..... }
Alcool à 90° ..... 150 gr.

Cette solution n'a pas la prétention d'avoir de valeur thérapeutique, mais elle est odorante et agréable, ce qui suffit, car elle permet d'accepter la vapeur d'eau. — Dr M. Deguy, *ancien interne du service de la diphtérie à l'Hôpital des Enfants malades.*

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Nouveaux remèdes

Préparations pharmaceutiques du sang (1). — Ces préparations sont fort nombreuses aujourd'hui et sont recommandées par divers auteurs contre l'anémie, la chlorose, etc. Lewin et Rosenstein ont étudié tous ces produits et les ont divisés en trois groupes. Le premier groupe contient les préparations extraites du sang ne contenant que la matière colorante du sang pure ou en combinaison avec de petites quantités de méthémoglobine.

Il faut citer dans ce groupe :

L'extrait d'hémoglobine de Pfeuffer : masse sirupeuse, rouge qui contient environ 33 % d'hémoglobine et des traces d'oxy et de méthémoglobine.

L'hématogène tiré du sang de veau défibriné auquel on ajoute du vin de malaga et de la glycérine.

L'hématogène de Fortuna contient également de la méthémoglobine, l'hémoglobine-albuminat de Theuer est un liquide brun composé d'hémoglobine et de vin de malaga, on y trouve également des traces de méthémoglobine.

Dans le second groupe les auteurs ont placé les produits qui sont des composés d'hématine et de méthémoglobine.

Parmi les composés de cette sorte on peut citer :

L'hémoglobine-albumine physiologique, que l'on trouve dans le commerce sous forme de tablettes de chocolat, et qui contiennent 1 gramme d'hémoglobine.

L'hémoglobine de Hardi « matière colorante naturelle du sang ».

Le dinomogène de Sauer préparation fluide d'hémoglobine et de fer organique. L'hémoglobine en lamelles de Merck. La Ferrhémine, combinaison organique de sang de bœuf frais et de fer à laquelle on ajoute 20 % de vin d'Espagne. Toutes ces préparations montrent à l'examen spectroscopique les lignes de méthémoglobine avec les ligne du sang. Après réduction, on voit apparaître la large bande d'hémoglobine et à l'intérieur de celle-ci une ligne hémochromogène qui indique la présence de l'hématine.

Dans le troisième groupe, les auteurs ont placé les produits, qui, à l'examen spectroscopique, ne présentent plus les lignes données habituellement par le sang.

Parmi celles-ci :

L'hémoalbumine, poudre noire facilement soluble dans l'eau. L'hémol. L'hémogallol (combinaison de pyrogallol et d'une solution concentrée de sang.

En dehors de ces groupes, il faut citer encore le sanguinoforme, préparation riche en hémoglobine, les pilules de sanguinal, qui contiennent 10 % d'hémoglobine cristallisée.

Rosenstein, en concluant son travail, n'accorde pas une grande valeur à toutes ces préparations qui, la plupart du temps, ne contiennent les matières du sang que dans leur nom, lancé à grands frais de réclame ; d'après lui, les injections d'hémoglobine seules sont utiles, elles surpassent en utilité tout ce que l'on peut attendre des autres préparations. — A. G.

La cryofine. — Eichhorst, Schreiber, plusieurs médecins américains, Breitenstein *(Therap. Monatshefte)* vantent l'action de la cryofine, qui est la paraphénétidite de l'acide méthylglycolique; elle se présente sous forme de poudre cristalline blanche, insipide, inodore, peu soluble dans l'eau. On l'administre à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme par dose, jusqu'à 3 grammes par jour. Elle abaisse rapidement la température fébrile, ralentit le pouls, et n'abaisse pas la tension artérielle. Elle est un très bon calmant pour les douleurs névralgiques et rhumatismales, en particulier des sciatiques et des lombagos; les douleurs pleurales, les céphalées diverses, et l'insomnie lui cèdent très souvent. Breitenstein n'a vu qu'un accident chez un tuberculeux atteint de méningite; après un gramme il tomba dans le coma; il en revint du reste et ne succomba que deux jours après. — Bo.

Contre les piqûres d'insectes :

Menthol ..... 1 gramme
Ether ..... 10 —

Toucher avec un pinceau. A. G.

(1) Les nouv. remèdes.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Du délire salicylique dans le rhumatisme articulaire aigu. — L'acide salicylique, si couramment employé dans le rhumatisme aigu, n'est pas exempt d'inconvénients, et parmi ceux-ci, il faut citer le délire, signalé déjà par Barrows, Huchard, Bardet, Salorchin, et qui vient de faire l'objet d'un travail du Dr Marais (*Thèse Paris 1900*).

D'après lui, le délire apparaît d'ordinaire dans un temps très court, après le début du traitement; il a un début brusque, coïncidant avec la disparition des symptômes douloureux, et abaissement rapide de la température. D'autres fois, il suit d'autres phénomènes toxiques. Il y a diminution de la tension sanguine, ralentissement du pouls; parfois, il est précédé d'un peu de céphalée. C'est un délire actif avec facies vultueux, hallucinations auditives et visuelles, délire de la persécution. Parfois, il y a de la vesanie, des hallucinations terrifiantes quand un élément nerveux ou alcoolique vient s'y surajouter.

Ce délire est analogue à celui produit par les solanées, la belladone, la stramoine. Le délire peut s'accompagner de tous les autres troubles qui font partie de l'intoxication salicylée, il peut conduire au collapsus cardiaque et à la mort. Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes. La durée des accidents cérébraux semble en rapport avec l'intervalle qui s'est écoulé entre l'administration des premières doses et l'apparition des premiers symptômes. Cette durée du délire est courte, et ne laisse qu'une grande lassitude, une grande dépression, mais aucune tare physique, elle cesse avec la cause.

Au point de vue étiologique, il faut remarquer l'influence du sexe féminin, de l'âge avancé, de l'accumulation possible, et surtout de la susceptibilité individuelle. — M. D.

Analyse du pouls irrégulier. — M. Wenckebach d'Utrecht, dont nous avons déjà analysé un travail important sur les intermittences et sur l'arythmie (*Journal des Praticiens n° 11 1899*), continue ses recherches sur ce sujet; il vient de nous donner une étude analytique sur l'origine des arythmies rhytmées ou allorhytmies. Muskens avait, le premier, émis l'avis (*Thèse 1896*) que les allorythmies dépendaient d'une diminution de la conductibilité du myocarde, c'est-à-dire de sa propriété de propager une contraction d'une fibre à l'autre. Aussi souvent que cette conductibilité souffre, on voit de temps à autre manquer une systole. Le cœur mourant de la grenouille est l'exemple expérimental le plus facilement accessible. Or, l'étude des tracés sphygmographiques pris chez une malade dont l'observation suit, a conduit Wenckebach absolument aux idées de Muskens (*Zeitschrift f. Klin. Med.*).

Il s'agit d'une dame de 40 ans, nerveuse, d'aspect faible et anémique; elle présente des troubles circulatoires, mais à l'auscultation du cœur, on ne perçoit aucun bruit morbide; le pouls petit et mou présente un arrêt après 3 à 6 pulsations, mais presque toujours après 4 à 5. A l'auscultation, on n'entend à ce moment aucune extrasystole, et la malade n'éprouve pas les sensations du faux-pas. Elle se remet complètement après un séjour à la campagne et par un régime tonique.

Si la conductibilité du cœur est ainsi diminuée par une influence dromotropique négative, il faut bien se garder d'administrer de la digitale : par son action sur le nerf vague, la digitale tendrait à la diminuer encore davantage. Elle est donc formellement contre-indiquée dans l'allorhythmie. — Bd.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Gargarismes et collutoires. — Dans un très bon livre, que vient de publier (1) Lemanski (de Tunis), on trouve de très bonnes formules, dont nous sommes heureux de donner la primeur aux lecteurs.

I. Gargarismes. Ceux-ci destinés à l'intervention médicamenteuse buccale ou pharyngienne, n'ont aucune action sur la muqueuse laryngée, et encore, on peut dire que cette action dépasse peu la muqueuse de l'isthme du gosier. Il suffit de se servir de trois ou quatre substances dont l'action est sûre et indiscutable : borate de soude, alun, chlorate de potasse, qui sont des sels solubles, pouvant être incorporés à un véhicule liquide.

1° Borax (alun, ou chlorate de potasse).	10	grammes
Miel rosat	50	—
Infusion de feuilles de roses	200	—
2° Alun	10	—
Mellite de roses	50	—
Sirop de mûres	100	—
Infusion de pavots	200	—
Laudanum de Sydenham	XX	gouttes

(1) L'art pratique de formuler à l'usage des étudiants et des jeunes praticiens. Un vol. in-8° de 256 pages, Paris, 1900. Steinheil, éditeur.

Digitized by Google

3° Acide borique	25	grammes
Chlorate de potasse	10	—
Acide phénique	1	—
Miel	50	—
Eau bouillante	250	—
(Gargarisme antiseptique).		
4° Hydrate de chloral	1	—
(ou cocaïne 0,15)		
Miel	50	—
Solution boriquée à 3 p. 100	300	—
(Gargarisme antiseptique et sédatif).		

II. Collutoires. Médicaments contenus généralement en suspension dans du miel ou de la glycérine et destinés à être portés sur la muqueuse malade à l'aide d'un pinceau ou d'un tampon d'ouate hydrophile. Sans doute, ces collutoires ont perdu de leur importance depuis la découverte de la sérothérapie de la diphtérie. Cependant, surtout, dans les angines simples, ils trouvent leur application.

1° Acide phénique pur	5	grammes
Glycérine	25	—
Camphre	20	—
(Chantemesse et Widal)		
2° Acide phénique pur	5	grammes
Camphre	20	—
Huile d'olive	50	—
(Dr Soulez)		
3° Acide phénique	5	grammes
Alcool à 90°	10	—
Camphre	20	—
Glycérine pure	25	—
(Dr Lemanski)		

Emploi thérapeutique de l'Héroïne. — L'Héroïne au diacetate de morphine, d'après Manquat (*Soc. Thér.*), serait surtout un médicament à employer dans la therapeutique de la dyspnée ; ce serait un succédané de la morphine. Chez deux malades, dont l'état était lamentable, l'héroïne a donné quelques heures d'un calme relatif. La respiration est devenue plus calme, plus ample, plus lente et plus facile. Il y a un certain degré de narcose, mais la toux n'est pas modifiée. Cette action empirique a d'ailleurs été déjà signalée par Dreser, Leo, Eulenburg, Holkamp. L'héroïne paraît dépourvue des inconvénients immédiats de la morphine.

Cl. Ferreïra (*Soc. Ther.*) compare l'action de l'héroïne sur les mouvements respiratoires à ceux de la digitale sur le cœur. Dreser attribue à l'héroïne une certaine action antipyrétique. La toxicité est 10 fois moindre que celle de la codéine; elle ne fait pas baisser la tension artérielle. Le sel à employer (l'héroïne n'étant pas soluble) est le chlorhydrate. Fausch en a obtenu de bons résultats dans la tuberculose à titre de sédatif et de calmant. La dose à employer est de 0.005 mmg. à 1 centigr. dans les 24 heures, mais on peut aller jusqu'à 0.03 centigr. Ferreïra en obtint de bons résultats dans l'asthme, dans la phtisie et dans l'influenza.

Bardet a employé le chlorhydrate d'héroïne à la dose de 1 à 5 mmg. par voie gastrique, avec succès, ses malades étaient des dispeptiques chez lesquels de petites doses de morphine avaient été suivies d'accidents. — S. R.

CLINIQUE INFANTILE

De la tourniole des nouveau-nés. — Cette affection très fréquente, chez le nouveau-né, consiste en un décollement épidermique formant phlyctène au niveau des replis nuguéaux des mains. D'après Brindeau (l'Obstétrique 1900), on la rencontre très souvent à l'hôpital à condition d'examiner attentivement les doigts; il l'aurait rencontrée à la clinique Tarnier dans la proportion de 18 pour 100.

Elle débute du 6e au 10e jour et atteint son plein développement vers le 11e jour. On voit au niveau d'un des replis nuguéaux un petit lambeau épidermique qui se détache sur le bord de l'ongle et produit en se soulevant une petite solution de continuité qui devient le point de départ de l'infection. De ce point part une rougeur plus ou moins vive qui remonte le long du doigt sans dépasser la troisième phalange ; la peau est lisse et un peu œdématiée. L'affection peut ne pas aller plus loin, mais lorsqu'elle passe à l'état de tourniole, on voit à l'union de l'ongle et de la peau l'épiderme se soulever en formant une petite phlyctène contenant un liquide séro-purulent. Au bout de quelques jours, la phlyctène s'ouvre et s'affaisse, laissant une petite croûte jaunâtre, et l'enfant guérit sans même que l'on se soit aperçu de cette complication. En effet, le nouveau né se porte bien et ne semble pas souffrir au niveau de ses doigts.

La tourniole siège par ordre de fréquence sur l'index, le médius, le pouce, le petit doigt et l'annulaire; on l'observe aussi bien à la main droite qu'à la main gauche, quelquefois aux deux en même temps. La tourniole peut siéger sur plusieurs doigts à la fois ; il y a probablement dans ces cas inoculation successive.

L'évolution est très rapide, la suppuration dure un ou deux jours et l'affection guérit sans inconvénients. Brindeau a cependant observé quelques complications, érysipèle, conjonctivite, galactophorite.

Le diagnostic se fera par le simple examen ; peut-être pourrait-on confondre avec le pemphigus des nouveau nés, mais dans cette affection les phlyctènes ne siègent pas à la région péri-nuguéale.

La fréquence de ces tournioles dans les jours qui

Digitized by Google

suivent la naissance peut être expliquée par la desquamation épidermique plus ou moins accusée qui se fait à ce moment, et qui est surtout prononcée au niveau des plis de flexion. Au niveau des régions péri-unguéales elle se fait sous forme de petits lambeaux épidermiques qui se détachent perpendiculairement à ces replis. La peau étant très fine à ce niveau si l'on vient à tirer sur leur base d'implantation il se produit de petites fissures par lesquelles peuvent pénétrer les microbes si nombreux à la surface de la peau.

Il est donc possible d'éviter cette affection ; il suffira pour cela d'habiller le nouveau-né avec des brassières dont les manches seront assez longues pour recouvrir les mains ; on l'empêchera ainsi de se gratter et de s'inoculer le bout des doigts.

Lorsque les tournioles sont développées il faudra recouvrir les doigts de vaseline boriquée et d'ouate hydrophile pour éviter les infections secondaires. — J. H. M.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Opium, posologie dans l'enfance. — La notion de la grande susceptibilité des enfants à l'égard des préparations opiacées, compte encore comme classique, à l'étranger comme en France.

Aussi, bien des médecins d'enfants les banissent-ils de leur pratique.

De ce jugement, il faut peut-être en rappeler.

C'est ce que fait le Dr Demetrio Galatti *(La Pediatria,* janvier 1900). Il fait remarquer que déjà Demme (de Zurich), donnait l'opium aux nourrissons à la dose de 1/2 milligramme d'extrait aqueux, soit 0,000375 d'opium pur, ou 0,007 de poudre de Dower.

Voici les doses employées par Galatti :

Extrait aqueux d'opium

A 2 semaines...	0,00025 à 0,001 en 6 doses.
A 1 mois.....	0,005
A 2 mois.....	0,005
A 3 mois.....	0,005
A 4 mois.....	0,002 en 30 heures 0,0005 par dose.
A 5 mois.....	0,005
A 6 mois.....	0,002
A 6 ans.....	2 grammes.

Poudre de Dower

A 1 mois 1/2..	0,30 (? probablement 1 an 1/2).
A 1 an.....	0,25
A 16 mois.....	0,05
A 2 ans.....	1 gramme en 6 doses, soit 0,166 par dose.
A 3 ans.....	0,20
A 4 ans.....	0,30
A 7 ans.....	0,25
A 8 ans.....	0,20

Ces tableaux résumés de la statistique publiée par M. Galatti, malgré quelques chiffres peu concordants, ne montrent pas moins qu'on peut donner à l'enfant l'opium à dose élevée. C'est la pratique recommandée par l'auteur, qui n'a pas eu de symptômes d'intolérance et encore moins d'intoxication, par très rare exception de la somnolence.

Du reste, Henoch prescrivait chez les jeunes enfants :

Chlorhydrate de morphine.	0,01 à 0,03 centigr.
Eau distillée.....	35 grammes
Sirop d'althéa	15 —

Une cuillerée à café, 2 ou 3 fois la journée. Il employait cette préparation surtout dans la coqueluche et il augmentait même le nombre des cuillerées.

Dans la coqueluche, on peut, en effet, par suite de la prolongation du traitement forcer les doses. C'est ainsi, comme je l'ai montré, qu'on peut avec la belladone arriver à des quantités très fortes. par exemple, 1 goutte par mois d'âge, 10 gouttes de teinture par année, répétées toutes les 3 heures.

Toutefois, de même qu'il faut le recommander expressément pour la belladone, il sera prudent pour l'opium de ne jamais prescrire d'emblée la dose maxima, mais de commencer par tâter le terrain à l'aide d'une quantité très modérée. Lorsqu'on augmentera la dose, on surveillera l'effet soi-même. On évitera ainsi des mécomptes. C'est cette seule restriction qu'il y ait à faire à la manière de faire de M. Galatti. — Dr H. Gillet.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

De l'Hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. — L'infection puerpérale est une toxi-infection de tout l'organisme ayant son point de départ dans les organes génitaux et survenant pendant la puerpéralité.

Au point de vue pathogénique, on distingue deux formes ; localisée et généralisée, mais cliniquement la distinction est beaucoup plus difficile; cependant, on peut dire que dans la forme localisée les symptômes généraux sont atténués, marqués par les phénomènes locaux, alors qu'ils dominent la scène dans l'infection généralisée. Mais il faut distinguer dans ce dernier groupe, les cas où l'aggravation des symptômes généraux indique que l'organisme est plus profondément infecté, de ceux où l'infection est véritablement généralisée, où les microbes ont gagné le torrent circulatoire.

Digitized by Google

Bonamy *(Th. Paris 1899)* insiste sur l'importance de cette distinction, au point de vue du traitement. En effet, alors que les moyens ordinaires suffisent dans le cas où l'infection n'a pas dépassé la muqueuse utérine, ils deviennent insuffisants lorsque l'infection puerpérale a dépassé cette muqueuse et envahi le parenchyme utérin; c'est à ce moment critique que l'ablation de l'utérus peut donner des chances de guérison en permettant d'enlever le foyer microbien.

Les indications de l'hystérectomie ne sont pas faciles à préciser; il ne faut agir ni trop tôt ni trop tard, mais opérer juste au moment où les microbes ont franchi la muqueuse pour gagner le parenchyme utérin; il faut enlever le foyer avant qu'ils aient infecté l'organisme. Certes, ce moment est difficile à saisir, cependant, l'étude des symptômes pourra renseigner quelque peu.

D'après Bonamy, on fera l'hystérectomie lorsque tous les autres moyens employés, le curettage, en particulier, auront échoué, lorsque les symptômes généraux s'aggraveront. La cause de l'infection sera prise en considération, et la rétention placentaire serait une indication formelle. L'hystérectomie s'impose à la suite de l'opération césarienne pratiquée sur un utérus septique; de même la péritonite septique sera une indication de plus pour intervenir, un bon *drainage* ayant quelque chance d'arrêter les progrès du mal.

Les contre-indications sont les suivantes: 1° Avant de se décider à enlever l'utérus, il faut être certain que c'est bien lui qui est la cause, le point de départ de l'infection. Il est donc nécesssaire, indispensable de passer en revue tous les organes qui peuvent être la porte d'entrée de l'infection;

2° Dans l'infection généralisée, dans le cas de *septicémie aiguë* ou de pyohémie, elle ne peut donner aucun résultat; les foyers microbiens sont dispersés un peu partout, on trouve des streptocoques dans le sang, l'hystérectomie arrive trop tard; c'est là la seule contre-indication formelle;

3° Enfin, il est des cas, où, bien que l'examen du sang ne décèle pas de streptocoques, où l'infection n'est pas réellement généralisée, mais dans lesquels l'intoxication est si profonde, la malade si faible, la mort si prochaine, qu'il semble inutile de tenter une opération qui arrive trop tard.

L'hystérectomie sera faite par voie vaginale ou abdominale; la première est la voie d'élection, la moins dangereuse, sinon la plus facile, le shock et les dangers d'infection péritonéale sont moindres; l'hémostase des ligaments larges est très délicate, parce qu'ils se laissent déchirer avec la plus grande facilité, elle sera donc faite avec le plus grand soin. L'hystérectomie abdominale totale sera réservée à certains cas d'utérus gravide à terme, elle sera toujours préférée à l'opération de Porro.

Les soins consécutifs seront ceux habituellement donnés après les grandes opérations, on aura recours avec avantage aux injections de caféine, d'éther, de sérum. — J. H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Traitement des anevrysmes par la gélatine en injections sous-cutanées. — M. Lancereaux communique plusieurs observations, dont 3 personnelles, d'anévrysmes sacciformes de l'aorte, guéris par les injections sous-cutanées de sérum gélatiné. On sait que cette méthode permet d'obtenir l'oblitération d'un sac anévrysmal même volumineux, après un nombre d'injections que l'on peut évaluer approximativement à 25 ou 30 environ.

Lectures. — M. Barette, de Caen, lit une observation d'un kyste hydatique de l'utérus, traité par l'incision et la marsupialisation de la poche après laparotomie préalable.

M. Bardet lit un travail sur un médicament aromatique excitateur des échanges organiques, le dimétyl-amido-antipyrine.

M. Barbellion lit un travail sur la digestibilité des différents laits. *(10 juillet.)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Perméabilité pleurale au salicylate de soude. — MM. Widal et Ravaut Au cours de recherches entreprises sur la formule histologique des épanchements séro-fibrineux de la plèvre, nous avons été amenés à rechercher la perméabilité pleurale chez quelques pleurétiques. Ce procédé d'exploration a été préconisé, il y a quelques mois, par MM. Ramond et Tourlet, et par M. Castaigne.

Nous avons fait usage du salicylate de soude injecté à la dose de 0 gr. 30, sous la peau d'abord et dans la plèvre ensuite. L'acide salicylique à cette dose a l'avantage, comme nous l'avons déjà indiqué, de s'éliminer par les urines d'une façon plus rapide que le bleu de méthylène ou l'iodure de potassium; à l'état normal, l'élimination se fait par les urines en moyenne en quinze heures, quelquefois en dix-huit ou vingt heures; la quantité totale éliminée oscille normalement entre 0 gr. 15 et 0 gr. 20. Le maximum d'élimination a lieu dans les six premières heures.

Les deux injections d'épreuve, sous-cutanée et intrapleurale, peuvent donc être faites à un très court intervalle, et la quantité éliminée peut être dosée avec précision à un milligramme près, en faisant usage du procédé relativement simple de notre interne en pharmacie, M. Despré.

La perméabilité pleurale, étudiée de la sorte dans cinq cas de pleurésie séro-fibrineuse, nous a fourni les résultats suivants :

Dans un cas de pleurésie tuberculeuse primitive, la per-

Digitized by Google

méabilité pleurale était diminuée ; dans un cas de pleurésie pneumonique, la perméabilité pleurale était altérée dans sa durée, mais non dans la quantitée éliminée ; dans trois cas de pleurésie mécanique d'origine cardiaque ou brightique, deux fois la perméabilité pleurale était normale, voire même légèrement augmentée ; dans le troisième cas, par contre, elle était diminuée.

Une perméabilité pleurale restée normale permet de penser qu'il ne s'agit pas de pleurésie tuberculeuse primitive. Une perméabilité pleurale diminuée, observée au cours d'une pleurésie à évolution lente et insidieuse doit faire penser à la tuberculose, mais ne permet pas de l'affirmer, puisque nous avons rencontré cette perméabilité diminuée une fois sur trois au cours de pleurésies mécaniques non tuberculeuses.

M. Castaigne. — Les pleurésies, dont le pouvoir absorbant de dedans en dehors reste élevé pendant leur évolution, ne sont pas tuberculeuses. Pour mesurer la perméabilité pleurale de dedans en dehors, on étudie d'abord l'élimination urinaire d'une substance soluble injectée sous la peau ; puis on étudie de la même façon les urines émises après une injection intra-pleurale de la même substance en même quantité : la différence de l'élimination dans les deux cas permet d'apprécier le pouvoir absorbant de la plèvre.

Inversement la perméabilité pleurale de dehors en dedans est mesurée en recherchant à la fois dans les urines et dans le liquide pleural ponctionné une rubstance soluble que l'on a fait ingérer au malade une heure avant.

La période d'augment de la pleurésie est caractérisée par l'existence de la perméabilité pleurale de dehors en dedans et par une différence entre le point de congélation du serum du sujet et du liquide pleural.

Le moment où cessent les phénomènes inflammatoires est caractérisé par la cessation de la perméabilité de dehors en dedans et l'apparition de l'isotonie du liquide et du serum.

Au point de vue de l'intervention, il ne faut jamais faire de ponction, à moins d'urgence, à la période d'augment ; le liquide se reforme toujours très rapidement dans ces conditions. Si l'absorption pleurale est défectueuse, la ponction est capable de débarasser la plèvre de son liquide.

Dermo-phosphato-fibromatose nodulaire généralisée avec pigmentation de la peau (simulant la maladie de Recklinghausen) — MM. Louis Rénon et Henri Dufour. Nous présentons un malade âgé de vingt-sept ans, qui exerce la profession de garçon marchand de vins. Ses antécédents héréditaires et personnels ne peuvent servir à expliquer la très curieuse maladie dont il est atteint Après une série de crises douloureuses, analogues à des poussées rhumatismales subaiguës, d'une durée de plusieurs mois chacune, cet homme vit apparaître, il y a trois ans, au niveau du pli du coude gauche, une nodosité sous-cutanée dure, à peine douloureuse. Cette petite tumeur fut suivie de beaucoup d'autres, et, actuellement, la peau de la racine du bras, du pli du coude, des fesses, des hanches, des cuisses est rembourée de nodules rénitents. La biopsie montre, par des examens histologiques et chimiques, que les tumeurs sont constituées par l'union de deux substances, l'une infiltrant l'autre : une substance organique composée de tissu fibreux et de cellules pavimenteuses ; une substance inorganique qui est du phosphate de chaux tribasique. La radiographie confirme la situation superficielle de ces tumeurs, immédiatement placées sous la peau. L'inoculation d'une nodosité à un cobaye a été sans résultat. Le malade a d'autres signes très importants, tels qu'une atrophie musculaire, surtout marquée à l'extrémité supérieure des membres, et une rétraction des tissus périarticulaires, qui met les articulations dans un léger degré d'ankylose. En plus des douleurs musculaires, existant encore sous forme de crampes, on décèle quelques troubles de la sensibilité objective : une légère hypoesthésie variable dans son siège et son étendue. La peau du front, de la nuque, des régions rétroauriculaires, du sternum est modifiée dans sa coloration par la présence de taches pigmentaires café au lait. La peau du scrotum est parsemée de petites tuméfactions liées à un état dystrophique des glandes sébacées. Les autres organes, minutieusement examinés, ne nous ont pas donné de grands renseignements. Nous pensons à propos de ce cas, pouvoir éliminer d'emblée certaines affections, telles que la goutte, la myosite ossifiante. Albert Malherbe a décrit un des premiers, en 1880, une tumeur qu'il rapportait à la lésion des glandes sébacées, et qu'il a appelée épithélioma calcifié. M. Derville, au Congrès de Lille, en 1899, a présenté un malade porteur d'infiltrations calcaires. Malgré quelques points de ressemblance entre la description histologique de ces infiltrations calcaires avec les tumeurs de notre malade, les signes cliniques : généralisation des nodosités, pigmentation, taches rosées analogues à des nœvi capillaires, déchéance physique, nous engagent plutôt à faire rentrer notre observation dans le syndrome décrit par Recklinghausen. Seule, la constitution des nodules s'en écarte profondément, mais l'on sait que les tumeurs de la maladie de Recklinghausen peuvent varier dans leur texture ; on a même décrit leur transformation en épithélioma ou en sarcomes. Mais devant l'étrangeté de cette lésion, il est plus prudent de ne pas conclure définitivement.

Déplacement pathologique du médiastin étudié à l'aide des rayons de Rœntgen. — M. Béclère. Chez certains sujets atteints de lésions pulmonaires chroniques sans épanchement pleural, on voit dans les grandes inspirations le médiastin se déplacer du côté malade. Ce déplacement témoigne d'une inégalité d'énergie dans l'action exercée sur les deux faces latérales du médiastin soit par la pression atmosphérique, soit par l'élasticité pulmonaire ; il est presque toujours un signe de sclérose pulmonaire unilatérale, le médiastin se déplaçant vers le poumon sclérosé.

Le diagnostic de sclérose pulmonaire est confirmé par les signes radioscopiques suivants, observés du côté où se fait le déplacement : moindre clarté et moindre étendue de l'image pulmonaire, resserrement des côtes et moindre

Digitized by Google

étendue de l'image pulmonaire, resserrement des côtes et moindre ouverture de leur angle d'insertion à la colonne vertébrale, élévation du diaphragme et brieveté de ses excursions.

Le déplacement du médiastin est total ou partiel, suivant que la sclérose occupe toute la hauteur ou seulement l'un des étages du poumon malade, suivant aussi que l'inspiration met en jeu toutes les côtes, ou se fait suivant l'un des types costo-supérieur et costo-inférieur.

Le déplacement du médiastin pendant l'inspiration semble être beaucoup plus rarement un signe de sténose bronchique, le déplacement se faisant du côté de la bronche rétrécie.

Ictère acholurique. — M. Merklen présente une femme de 53 ans, atteinte depuis longtemps de dyspepsie rebelle et d'une teinte jaune chamois des téguments, sans trace de pigments biliaires ni d'albumine dans les urines; le sérum sanguin renferme, au contraire, du pigment biliaire en abondance. Il s'agit évidemment d'un ictère sans pigments biliaire déjà signalé par M. Hayem et décrit sous le nom d'ictère acholurique par M. Gilbert.

M. Rendu rapporte un cas de *syringomyélie classique* avec autopsie. (*6 juillet*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Procédé nouveau d'extirpation des hemorrhoïdes. — M. Potherat rend compte d'un procédé nouveau de cure chirurgicale des hemorrhoïdes, imaginé par le Dr Dupraz, de Genève. Le malade ayant été préalablement préparé par des lavages et une complète évacuation de l'intestin, est endormi à l'éther. La dilatation de l'anus est alors faite avec les pouces. L'opérateur libère par une incision extérieure, puis par un décollement sous muqueux la muqueuse anale, comme dans le procédé de Witehead : chemin faisant, il pince et lie au catgut chaque vaisseau qui donne. Il arrive ainsi au-dessus de la région hemorrhoïdaire à la muqueuse saine. A ce moment, la muqueuse est coupée transversalement et fixée sommairement à la peau par les points de catgut passés et liés au fur et à mesure que se fait la section transversale du manchon muqueux.

Cet affrontement à la peau est consolidé par des drains en caoutchouc fixés par paire à l'aide de fils de soie en regard l'un de l'autre l'un dans l'anus, l'autre autour de l'anus. Au bout de cinq jours les fils de soie qui les maintiennent sont sectionnés, les drains tombent et la réunion est parfaite.

Sur l'asepsie. — M. Lejars résume dans une formule heureuse sa conduite dans les opérations : « Je fais, dit-il, avec les gants les opérations septiques, pour pouvoir faire sans gants les opérations aseptiques. » Ces précautions, combinées avec des lavages soignés, lui ont permis de guérir plus simplement ses opérés.

M. Guinard estime que le chirurgien doit éviter autant que possible dans la vie commune, et surtout dans la vie professionnelle, à l'aide de gants, tous les contacts septiques Il doit toujours se laver avant et même après une opération, comme si les mains venaient de subir le contact le plus virulent. (*4 juillet.*)

BIBLIOGRAPHIE

Consultations médicales, par H. Huchard, de l'Académie de Médecine, médecin de l'hôpital Necker, président de la Société thérapeutique (un volume in 8° de 494 pages. Paris, 17 juillet 1900. J. B. Baillière, éditeur).

Voici la préface de ce livre, que nous publions à titre d'analyse bibliographique.

Paris, 6 juillet 1900.

Depuis longtemps, tous les vendredis dans mon service de l'hôpital Necker, et autrefois de l'hôpital Bichat, les élèves assistent à des consultations médicales immédiatement suivies de l'exposé très simple du diagnostic, des indications thérapeutiques, du traitement. Un de nos plus actifs éditeurs, M. H. Baillière, vint me demander un jour pourquoi je ne publiais pas en volume ces causeries « capables d'intéresser les praticiens ».

— « Pourquoi?... mais, c'est parce qu'il s'agit d'entretiens familiers, sans prétention, le plus souvent sans aucune préparation, sans ordre, au hasard des faits qui se présentent; et, quand même ils seraient dignes de l'impression, il faudrait encore le temps de les rédiger ou de les faire rédiger ! »

— « Qu'à cela ne tienne, les éditeurs, même les mieux intentionnés sont tenaces et sans pitié, vous n'aurez rien à faire qu'à parler, d'autres écriront pour vous. »

Alors, le choix du rédacteur s'est porté d'un commun accord sur le Dr Reille, bien connu déjà par le soin qu'il a mis à publier les leçons de Brouardel. Dans ce volume (qui sera sans doute suivi d'autres du même genre, si la bienveillance des lecteurs nous y encourage), il a réuni d'abord un certain nombre de causeries ou d'articles parus depuis une dizaine d'années dans le *Journal des Praticiens* dont j'ai la direction depuis près de quinze ans; il les a classés le mieux possible, il a rédigé ensuite quelques nouvelles consultations inédites, en s'acquittant de cette tâche ingrate avec un dévouement dont j'ai plaisir à le remercier.

Tout d'abord, surgissait une première difficulté. Quel nom donner à ce recueil? Celui de « leçons cliniques et thérapeutiques », celui de « conférences cliniques », ou encore de « causeries thérapeutiques » étaient, les deux premiers trop solennels pour un enseignement qui l'est si peu, le troisième insuffisant puisqu'il n'indique pas le but longtemps poursuivi par nous. Mieux valait conserver la désignation même de l'enseignement: Consultations Médicales.

Mais, en ouvrant le livre, quelle déception pour quelques praticiens ! Ils n'y verront pas des quantités de for-

Digitized by Google

mules, des diagnostics tout faits, une thérapeutique comme stéréotypée et hâtivement prescrite. Ils s'étonneront d'y voir, à côté des questions de thérapeutique, d'autres questions de clinique, de diagnostic, de pronostic, d'étiologie, de pathogénie, même de séméiotique. La raison en est simple : Une consultation médicale, pour arriver à la thérapeutique physiologique et raisonnée, procède de toutes ces choses, surtout d'un bon diagnostic, et celui-ci commande celle-là. Peu de théorie, beaucoup de pratique. La pratique est ce que l'homme fait ; la théorie est seulement ce qu'il sait, et l'on pourrait appliquer à cette science les paroles du poète :

On avance toujours, on n'arrive jamais.

Je m'en tiens toujours à ce que je disais au commencement de cette année, en prenant la présidence de la Société de thérapeutique :

« L'art de formuler n'est plus l'art de faire, en quelque sorte, des mariages contre nature entre plusieurs médicaments dont l'action physiologique est absolument opposée, ou dont les propriétés chimiques arrivent à produire, comme avec deux parties de glycérine unies à une partie d'acide chromique, ou encore avec d'autres associations inattendues, des mélanges aussi étonnants que détonants... Et peut être arrivera-t-il un jour où l'on écrira un livre ainsi conçu : « la thérapeutique en vingt ou trente médicaments », mais avec des médicaments dont nous connaîtrons complètement toutes les propriétés physiologiques. Alors, à ce moment, on ne pourra plus dire que l'apparente abondance de nos richesses cache une réelle pauvreté, que nous n'avons que des médicaments et pas de médications »

La thérapeutique, avec vingt ou trente médicaments ne s'en portera pas plus mal, ni les malades non plus, et, vers la fin d'une carrière médicale, la plupart des praticiens ont déjà trouvé leur chemin de Damas : ils abusent moins des drogues.

Parmi ses défauts, ce recueil en a un que je ne songe pas à dissimuler : il manque d'uniformité. Il y a des articles un peu longs et quelque peu préparés, d'autres très courts et simplement improvisés; quelques idées plusieurs fois exprimées dans ces causeries qui n'étaient pas d'abord destinées à la publicité. A propos d'une maladie, je n'ai pas cru devoir recommencer le même travail consistant à redire les mêmes choses, également redites par les livres didactiques.

Le praticien n'a que faire d'une érudition d'emprunt, d'une exhibition scientifique, de théories toujours renaissantes et sans aucune sanction pratique; il ne veut pas se complaire dans l'œuvre fastidieuse et stérile de Pénélope édifiant aujourd'hui ce qui sera détruit demain ; il a besoin de savoir pour agir, non pour discourir. Il se désintéresse des leçons magistrales où la plus simple des questions est traitée en dix longues séances alors qu'elle peut être épuisée en quelques heures, où du haut d'une chaire les professeurs terminent à peine en trois ou quatre années leurs cours de médecine théorique : cours dignes d'un enseignement *supérieur* des sciences médicales, mais inutiles aux élèves comme aux praticiens, puisqu'ils ont tant de livres à lire, et que pour la clinique ou la thérapeutique ils ont un grand livre toujours ouvert, à l'hôpital ; cours d'une science consommée, d'une impeccable érudition, d'une allure très sérieuse et vraiment extraordinaire, avec cette uniformité qui a permis, paraît-il, de dire :

L'ennui naquit un jour de l'*Université*.

H. Huchard.

Précis de gynécologie pratique, par le Dr C. Fournier. Chez Baillière.

L'auteur réunit dans ce volume ses leçons cliniques; son livre s'adresse aux étudiants et aux praticiens qui n'ont pas toujours le temps de consulter les grands traités. Ils trouveront dans cet ouvrage les notions élémentaires que doit posséder tout praticien ; l'auteur, en insistant surtout sur le côté pratique des questions, sur les méthodes de traitement les plus efficaces et les plus simples a fait œuvre utile et nous sommes certains du succès de son œuvre.

La fatigue oculaire et le surmenage visuel, par Louis Dor. Chez Baillière.

Nous ne pouvons que recommander à nos lecteurs ce petit livre de la collection des actualités médicales ; après une énumération des symptômes de la fatigue oculaire et du surmenage visuel, ils trouveront un intéressant chapitre sur les causes L'auteur termine par le traitement et la prophylaxie de ces accidents qu'il importe au médecin de bien connaître, puisque dans de nombreux cas il les peut éviter.

Conférences pour l'externat des hôpitaux de Paris, par Saulieu et Dubois. Fasc. IV, chez Baillière.

On trouve traitées dans ce fascicule d'intéressantes et importantes questions telles que les veines superficielles du membre supérieur, la saignée, la technique des injections de sérum artificiel, la coxalgie, les fractures du col du fémur, les appareils à extension continue, etc., c'est dire combien il sera utile aux jeunes candidats à l'externat.

Comment on se défend de la migraine et du mal de tête, par le Dr P. Dheur. — Prix : 1 franc. — Société d'Edit. Scient.

Dans ce petit volume, l'auteur montre que la migraine n'étant qu'un symptôme, il est nécessaire d'en rechercher la cause avec le plus grand soin, afin de la traiter non d'une manière empirique, mais d'une façon vraiment scientifique.

L'alcool et le régime des aliénés, par le Dr J. Toy, médecin des asiles publics d'aliénés, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon.

La santé, la propreté et les bains-douches au point de vue hygiénique et social, par le Dr Georges Carrière, d'Alais (Gard). — Chez Baillière, éditeur.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 267, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

De la péritonite primitive à pneumocoques chez l'adulte

par M. P. MENETRIER, *médecin de l'hôpital Tenon*
et M. L. LEGROUX, *Interne de l'hôpital Tenon*

La péritonite primitive à pneumocoques, relativement fréquente chez l'enfant et aujourd'hui bien connue grâce aux observations de MM. Sevestre, Dieulafoy, Brun, Moizard, Kirmisson, Galliard, Rémy, etc., est au contraire extrêmement rare chez l'adulte. Dieulafoy ne compte sur 17 observations publiées que 2 cas d'adultes, et les observations parues depuis concernent toujours seulement des enfants. Aussi les deux faits que nous en avons observés tous deux chez l'adulte, et tous deux chez des malades du sexe masculin, ce qui est également rare, nous paraissent-ils mériter d'être publiés, d'autant qu'ils diffèrent assez notablement du type classique actuellement établi par la clinique infantile.

Notre première observation, la plus simple comme évolution et comme symptômes, est déjà ancienne, bien qu'inédite; elle a été recueillie par l'un de nous en 1892 dans le service du professeur Jaccoud à la Pitié; elle représente une forme morbide tout à fait suivant le type habituel de la péritonite aiguë par infection brusque du péritoine, qu'il s'agisse d'un traumatisme, d'une perforation, d'une propagation d'inflammation voisine, et rien dans l'histoire clinique, sinon l'absence de cause, ne paraît la spécialiser.

OBS. I. — M... (Albert), trente-deux ans, garçon limonadier, entré le 10 février 1892 salle Jenner, n° 31, à l'hôpital de la Pitié. Cet homme vigoureux et bien constitué ne présente dans ses antécédents aucune maladie importante; il aurait eu seulement il y a six mois une crise de coliques qui durèrent quatre jours et disparurent sans laisser de suites.

Cinq jours avant son entré à l'hôpital, il fut pris brusquement, et sans cause provocatrice quelconque, de douleurs abdominales violentes, sous forme de coliques, et qui ne s'accompagnèrent ni de vomissements, ni de diarrhée.

Les douleurs persistant, il prit deux jours après un purgatif salin qui amena un vomissement et produisit une diarrhée passagère.

Continuant de souffrir il entra à l'hôpital. A ce moment, il présente le facies abdominal typique, les traits tirés, les yeux excavés.

La langue est humide et saburrale.

Le ventre douloureux spontanément dans toute son étendue, est légèrement ballonné, sans ascite. La pression même légère est extrêmement pénible, cette sensibilité est diffuse, sans localisation prédominante. Les urines sont rares, très albumineuses. Il n'y a pas de fièvre.

Les jours suivants, les douleurs sont excessives; le ballonnement devient plus marqué et gêne la respiration. Un seul vomissement; selles liquides peu abondantes. La température est au-dessous de la normale à 36 degrés.

Le malade meurt le 14 février à midi.

Autopsie le 15 février.

Les centres nerveux sont sains.

Le plèvres sont libres. Les poumons présentent une congestion œdémateuse des parties déclives. Ni pneumonie, ni bronchopneumonie.

Aucune lésion du péricarde, du cœur, de l'aorte.

Dans la cavité abdominale on trouve une péritonite purulente généralisée. Les anses intestinales distendues par du liquide sont agglutinées entre elles et à la paroi. Une nappe de pus, blanc jaunâtre, concret, adhérent, recouvre la masse intestinale, les viscères, les parois du ventre, l'excavation du bassin, où se trouve accumulée une petite quantité de pus plus liquide; le foie et la rate en sont complètement enveloppés.

L'intestin grêle a des parois épaisses friables et comme œdémateuses, il est rempli de matières liquides; les plaques de Peyer sont saines, mais dans la portion terminale il y a une psorentérie légère. Aucune ulcération, ni dans l'intestin grêle, ni dans l'estomac, ni dans l'appendice, ni dans le gros intestin; ce dernier est rétracté et renferme des matières moulées.

Le foie est gras; la bile verte. La rate est petite et molle. Les reins sont congestionnés.

La vessie et la prostate sont saines.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — Le pus du péritoine coloré sur lamelles renferme de nombreux microbes de formes variées, mais parmi lesquels on reconnaît la présence d'un grand nombre de pneumocoques nettement encapsulés.

Les cultures de pus du péritoine ont donné des colonies de pneumocoque et de bactérium coli.

Les cultures du contenu de l'intestin grêle, du bactérium coli, sans pneumocoque.

Une souris inoculée avec le pus du péritoine, quelques gouttes injectées sous la peau du dos, est morte en quatre jours, après avoir présenté des accidents de paraplégie des pattes postérieures, dus à la formation d'un abcès lombaire au point d'inoculation; le pus de l'abcès renfermait des microbes multiples, comme le pus inoculé; mais le pneumocoque se trouvait à l'état de pureté dans le sang du cœur, la pulpe splénique, et l'exsudat péritonéal.

En résumé, nous avons eu cliniquement une péritonite aiguë à début soudain et sans cause, marquée surtout par des accidents douloureux et tuant en moins de neuf jours; anatomiquement, une péritonite purulente généralisée, primitive, sans perforation, sans foyer inflammatoire antérieur, sans porte d'entrée reconnaissable de l'infection; et par l'étude bactériologique nous y avons décelé le pneumocoque, accompagné seulement de microbes que les conditions de notre observation nous permettent de supposer d'origine cadavérique.

Si notre première observation est surtout semblable au type habituel de la péritonite aiguë septique, la seconde est au contraire remarquable par le peu d'importance des symptômes proprement péritoniques, masqués presque tout le temps par des accidents de tout ordre.

Digitized by Google

Obs. II. (rédigée d'après les notes recueillies par MM. Delhomeau et Lafosse, externes du service).

P... (Emmanuel), terrassier, âgé de trente-cinq ans, entre le 10 mai 1900, salle Axenfeld, n° 20, dans notre service à l'hôpital Tenon.

D'après les renseignements qu'il fournit, il toussait depuis une quinzaine de jours, sans être du reste obligé d'interrompre son travail, quand il fut pris brusquement dans la nuit du dimanche 6 au lundi 7 mai, de très vives douleurs de ventre, de vomissements et de diarrhée. Le lendemain, les vomissements cessèrent, la diarrhée disparut également et fut remplacée par une constipation, qui a persisté jusqu'au moment de l'entrée. Mais le ventre est resté douloureux, l'appétit nul, la bouche mauvaise, et avec cela le malade éprouve un sentiment de faiblesse et de courbature générales, l'empêchant de se lever, et l'obligeant par leur persistance à venir se faire soigner à l'hôpital.

Dans ses antécédents, pas de maladie importante ; il a séjourné assez longtemps en Afrique, mais ne paraît pas y avoir eu d'accidents palustres ; seulement, il y fit un abus quotidien d'alcool, d'absinthe notamment, et paraît avoir continué depuis à en user avec excès.

Au moment de l'entrée (10 mai), l'état du malade est le suivant : c'est un homme de taille moyenne, de constitution assez chétive, maigre, avec un système musculaire peu développé. La peau est brune au niveau des parties découvertes. Les traits du visage sont tirés, il paraît fatigué, abattu, mais sans aucune apparence d'hébétude ou de stupeur.

La langue est saburrale, l'anorexie absolue. Les vomissements et la diarrhée du début des accidents n'ont pas reparu et la constipation est absolue depuis. De même, les douleurs abdominales sont très atténuées, elles n'existent plus spontanément, et seulement la pression réveille un endolorissement vague, un peu plus prononcé aux régions épigastrique et ombilicale. Le ventre est ballonné, sonore à la percussion ; il n'y a pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Le foie est de dimensions normales ; la rate est légèrement augmentée de volume.

Le malade tousse encore et expectore des crachats muqueux ; on trouve seulement à l'auscultation quelques râles sifflants et sous-crépitants disséminés et une légère rudesse du bruit respiratoire au sommet droit. Les bruits du cœur sont normaux. Le pouls est à 115. Le malade se plaint d'un peu de céphalée, il dort peu la nuit, et accuse une sensation de courbature générale, de perte des forces très prononcée.

La température, le soir de l'entrée, est de 39°6.

Les urines sont peu abondantes, elles renferment de l'albumine en quantité notable (1 gr. 5 par litre) et présentent une réaction diazoïque extrêmement nette. Elles ne renferment pas de sucre.

En présence de ces symptômes mal dessinés, le diagnostic reste hésitant entre une fièvre typhoïde encore à ses débuts ou une grippe à déterminations gastro-intestinales prédominantes.

Le malade est mis au régime lacté et on lui administre un purgatif salin ; potion calmante et potion cordiale.

11 mai. Température le matin, 38°8, le soir, 38°6.

12 mai. Matin, 38°4, soir, 38°6.

La purgation a provoqué des évacuations abondantes de selles jaunâtres, sans caractères spéciaux ; le ventre est plus souple et n'est plus douloureux.

Le séro-diagnostic est négatif.

13 mai. Matin, 38°4, soir, 38°8.

14 — — 38°, — 38°3.

15 — — 37°8, — 38°4.

Le malade ne se plaint plus ni de son ventre, ni de sa tête, mais il accuse une douleur assez vive au pied droit, qui ne présente pourtant aucune modification apparente, pas de gonflement, pas de changement de couleur de la peau ; la douleur paraît avoir son maximum en dehors de toute jointure, à peu près à la partie moyenne de la plante du pied ; c'est là du moins que la pression la réveille, mais elle s'irradie sous forme de fourmillements dans tout le pied et jusqu'aux orteils. Enveloppement des pieds dans des bottes de ouate.

Du côté des autres organes, les symptômes marqués au début ont été s'atténuant ; la température s'abaisse, la toux a disparu, le ventre n'est plus douloureux et l'appétit reparaît ; le malade se plaint du régime lacté et demande avec instance une alimentation plus substantielle. L'exploration du ventre n'a fait découvrir aucune tache rosée, et, le sérodiagnotic restant négatif, on élimine l'idée de fièvre typhoïde pour conserver le diagnostic de grippe ; on permet une alimentation légère de potages et d'œufs.

16 mai. Matin, 37°6, soir, 38°.

17 — — 37°6, — 38.

18 — — 37°8, — 38,4.

19 — — 38° — 38°6.

20 — — 38° — 38°6.

Tous ces jours l'état du malade est resté stationnaire, il continue à se plaindre seulement de son pied et n'accuse aucuns phénomènes abdominaux ; il va régulièrement à la selle avec des lavements ; il ne tousse plus ; il se plaint seulement d'une grande faiblesse générale.

La langue reste saburrale, et, comme les urines renferment toujours de l'albumine, donnant toujours une réaction d'Ehrlich très nette, comme la température tend à remonter, on supprime l'alimentation et on revient au régime lacté.

21 mai. Matin, 38°2, soir, 39°.

22 — — 37°8, — 39°2.

23 — — 38°2, — 38°8.

24 — — 38°5, — 38°2.

25 — — 39° — 38°6.

26 — — 37° — 38°.

Le malade se plaint avec plus d'insistance des douleurs qu'il ressent dans son pied droit, et, en défaisant la ouate dont ce membre est enveloppé, on constate au niveau de la face plantaire du quatrième orteil une petite phlyctène renfermant une sérosité rousse et reposant sur une base violacée ; tout le pied est froid au toucher et, bien que venant d'être enveloppé de ouate, sa température est manifestement inférieure à celle du pied gauche. Au niveau des autres orteils du pied droit la peau est d'un blanc jaunâtre, comme exsangue ; la sensibilité cutanée est très émoussée au simple contact, tandis que la pression profonde est au contraire fort douloureuse.

Ces symptômes indiquant un état ischémique très prononcé du membre inférieur droit, avec sphacèle commençant d'un orteil, engagent à rechercher l'état des artères ; les battements de la pédieuse ont complètement disparu, tandis qu'au niveau du creux poplité les pulsations artérielles sont aisément senties.

27 mai, matin 38°6, soir 39°.

28 — — 38°6, soir 38°8.

La main gauche est à son tour le siège d'un engourdissemen douloureux, et, cette fois, le malade nous décrit très nettement les sensations de l'onglée aboutissant au phénomène du doigt mort ; il les avait déjà senties passagèrement la veille, mais, de-

Digitized by Google

puis cette nuit, elles sont revenues plus intenses et ont persisté. De fait, on voit les trois premiers doigts de la main absolument exsangues, d'un blanc cireux, et froids au toucher, tandis qu'un peu de chaleur et de couleur persistent encore dans les deux derniers. Les trois doigts ischémiques sont également douloureux spontanément, et à la pression forte, tandis que la sensibilité tactile y a presque entièrement disparu. Au poignet, il est facile de sentir la radiale, qui forme un cordon solide, dur, douloureux, sans battements perceptibles, et l'on peut, en explorant l'avant-bras, dessiner, par la douleur que provoque la pression, le trajet de la radiale jusqu'au pli du coude; à ce niveau, la douleur cesse et les battements artériels reparaissent, plus intenses même que normalement.

Il n'y a pas de douleur sur le trajet de la cubitale, dont, cependant, on ne peut sentir les pulsations.

Au pied droit, l'état est resté le même, la plaque de sphacèle ne s'est pas étendue, mais les orteils sont toujours froids, ischémiques et douloureux.

En même temps, l'état général du malade paraît s'altérer de jour en jour. Le ventre, non douloureux, est de nouveau balloné, la digestion se fait mal ; le malade accuse le lait de lui donner des nausées. Il ne vomit pourtant pas. L'évacuation des matières est irrégulière, il y a des alternatives de diarrhée et de constipation.

29 *mai*, matin 38°6, soir 39°2.

20 — — 38°2, — 38°2.

L'aggravation de l'état général s'accentue, le malade ne veut plus prendre de lait ; on essaie du képhir et des œufs.

L'albuminurie reste abondante ; la réaction diazoïque est toujours très nette ; même état du pied droit et de la main gauche.

31 *mai*, matin 38°, soir 39°.

1er *juin*, — 37°6, soir 38°4.

Il y a eu des vomissements pendant la nuit ; le ballonnement a beaucoup augmenté, et l'on trouve à l'examen du ventre, avec une sonorité tympanique des parties supérieures et médianes, une zone de matité dans les deux flancs. Le malade est très déprimé, mais encore en pleine connaissance.

L'état s'aggrave dans la journée ; un hoquet persistant s'établit ; et vers le soir, le malade tombe dans le coma, sans ictus, et sans symptômes paralytiques apparents.

2 *juin*, matin 38°4, soir 39°9.

Le malade est absolument insensible, le facies plombé ; couvert de sueurs froides, les yeux excavés, le nez effilé, la bouche entr'ouverte, les lèvres sèches et la langue rôtie ; la respiration est embarrassée. Pas de nouveaux vomissements ; il est à peu près impossible de faire déglutir quoi que ce soit au malade.

3 *juin*, matin 39°.

L'agonie se prolonge sans nouveaux phénomènes jusqu'à 10 heures du matin.

Autopsie le 4 juin au matin, vingt-quatre heures après la mort.

Malgré le peu de temps écoulé depuis le décès, le cadavre est déjà en état de putréfaction manifeste.

Centres nerveux. — La dure-mère enlevée, on voit les vaisseaux de la pie-mère vivement injectés ; le cerveau est plutôt affaissé, surtout à gauche, et le tissu de la pie-mère est infiltré de liquide séreux, assez abondant dans les dépressions et anfractuosités de la surface.

L'artère sylvienne gauche apparaît saillante, arrondie, solide, comme injectée au suif, ainsi que ses branches, et se trouve en effet remplie et distendue par un caillot qui commence tout près de son origine à la carotide interne, et se continue dans ses branches principales. Le calibre du vaisseau est resté régulier dans sa dilatation ; il n'y a aucune saillie des parois en un point circonscrit, et notamment au niveau de la bifurcation des vaisseaux, comme il arrive dans le cas où une embolie s'est arrêtée à ce niveau ; ett andis qu'en raison de la minceur des parois de l'artère le caillot embolique se décèle par une coloration différente du reste du caillot, ici la coloration est uniforme dans toute son étendue ; le caillot est grisâtre, peu coloré, adhérent aux parois et assez friable. Tous les caractères appréciables à l'œil nu sont donc ceux d'une thrombose primitive du vaisseau, et non d'une thrombose consécutive à l'arrêt d'une embolie.

Toutes les autres artères du cerveau, du cervelet et du bulbe sont libres ; aucunes ne présentent d'altérations de leurs parois, ni épaississements circonscrits ni plaques athéromateuses.

Le territoire cérébral irrigué par la sylvienne oblitérée ne présente à l'œil, ni en surface, ni en coupe, aucune modification apparente dans sa couleur ; il est seulement plus friable que les parties voisines, s'écrase sous le couteau, mais sans limites précises de la zone en voie de ramollissement.

Aucune autre altération des centres nerveux.

Cavité thoracique. — Les plèvres sont libres, sauf quelques adhérences lâches de la plèvre droite. Les poumons présentent de la congestion des parties déclives ; pas de broncho-pneumonie, ni de bronchite purulente ; de tubercules en aucun point.

Le cœur est de volume normal ; ses orifices et ses appareils valvulaires sont absolument sains ; il n'y a aucune altération des parois, ni du myocarde. Pas de caillots *ante mortem* dans les cavités ; une recherche minutieuse dans les dépressions intercolumnaires, ou dans les auricules, ne permet d'en trouver aucune trace.

L'aorte, sur toute sa longueur, est saine, sans plaques d'athérome, sans caillots, sans végétations pariétales.

Cavité abdominale. — La cavité péritonéale renferme deux à trois litres de liquide trouble, rougeâtre, avec flocons membraniformes en suspension. Les anses intestinales, rouges et injectées, sont agglutinées entre elles ; pas de fausses membranes blanchâtres, fibrino purulentes, récentes. Toute la surface de la séreuse, aussi bien sur l'intestin que sur les parois, est en outre parsemée d'une infinité de petits points blanchâtres, atteignant à peine les dimensions d'une tête d'épingle, qui lui donnent un aspect comme chagriné, et qui semblent situés dans l'épaisseur même de la membrane, ne disparaissant pas par simple grattage comme les flocons fibrineux précédemment mentionnés.

L'estomac et l'intestin grêles, très distendus par des gaz, ont leurs parois épaissies, œdémateuses et ramollies, si friables qu'ils se déchirent facilement quand on dévide les anses intestinales pour les ouvrir. Le tube digestif, examiné minutieusement depuis l'estomac jusqu'au rectum, ne présente aucune lésion ulcéreuse pouvant avoir été le point de départ d'une perforation. Dans l'intestin grêle, les plaques de Peyer sont absolument saines, il n'y a pas de folliculite, et l'on trouve seulement deux segments de l'iléon présentant à leur face muqueuse sur une étendue de 5 à 6 centimètres, des exsudats superficiels, d'apparence fibrineuse, avec congestion assez vive des parties voisines, et qui correspondent à des points où l'inflammation péritonitique était plus particulièrement intense, paraissent des lésions de propagation secondaires à cette inflammation de la séreuse.

Digitized by Google

Le gros intestin est rétracté, il ne présente aucune lésion de la muqueuse. L'appendice est sain.

Le foie, complètement environné de fausses membranes, fibrino-purulentes, est assez volumineux. En coupe, son tissu est jaunâtre et paraît absolument gras. La bile vésiculaire est jaune clair.

La rate, assez grosse, renferme deux infarctus à ses deux extrémités. Le tissu est très altéré par la putréfaction.

Les deux reins présentent l'un et l'autre de multiples infarctus, blanc jaunâtres, de forme polyédrique ou pyramidale, les uns petits et seulement corticaux, les autres occupant en outre une portion de pyramide plus ou moins étendue,

Les artères afférentes sont oblitérées par des caillots qui ne s'étendent pas, toutefois, aux grosses branches de division des artères rénales, et ne dépassent guère les artérioles de 1 à 2 millimètres de diamètre. Le tissu rénal entre les infarctus est assez vivement congestionné.

Au membre supérieur gauche, on trouve une oblitération de l'extrémité inférieure de l'artère humérale à la partie inférieure de la région du pli du coude, et un peu au-dessus de la naissance de ses branches de bifurcation. Le caillot se prolonge dans la radiale, qui est oblitérée jusqu'à son extrémité ; la cubitale est vide de sang et de caillots. Le caillot de la radiale est rouge et adhérent aux parois.

De même on trouve, au membre inférieur droit, la poplitée oblitérée à son extrémité inférieure, un peu avant sa division ; le caillot se prolonge dans la tibiale postérieure, tandis que la tibiale antérieure est libre. Le caillot est rouge, solide et très adhérent à la paroi.

Examen bactériologique. — L'examen bactériologique a porté sur l'exsudat péritonéal, les caillots des thromboses sylvienne et poplitée, et un infarctus rénal.

L'exsudat péritonéal, en raison de l'état de putréfaction avancée du cadavre, ne pouvait fournir qu'une matière d'examen assez peu sûre ; de fait, les cultures sur gélose inclinée ont été pour la plus grande partie recouvertes de luxuriantes végétations de bactérium coli, mêlées de colonies de staphylocoque blanc ; il a toutefois été possible de trouver quelques colonies isolées et bien caractéristiques de pneumocoque.

Les colonies de pneumocoque étaient beaucoup plus nombreuses et plus facilement isolables dans les cultures du caillot de l'artère sylvienne : aussi, ces cultures furent-elles choisies pour servir à inoculer une souris blanche, qui reçut en injection sous la peau du dos quelques gouttes de culture délayée dans du bouillon. La souris a succombé quarante-huit heures après de septicémie pneumococcique ; la sérosité péritonéale, le sang, la rate de cet animal ont fourni des préparations très démonstratives, et ont donné par ensemencement des cultures pures de pneumocoque.

L'ensemencement du caillot de la poplitée et de l'infarctus rénal sont demeurés stériles.

L'examen bactériologique a donc permis de déceler la présence de pneumocoques dans l'exsudat péritonéal, et dans le caillot de la sylvienne, de pneumocoques virulents, tuant la souris en quarante-huit heures, et associés seulement à des parasites tels que le bactérium coli, le staphylocoque blanc, que l'on peut considérer en raison des conditions de cet examen, comme d'intervention secondaire, probablement cadavérique.

Examen histologique. — Il a porté sur l'intestin grêle, les artères sylvienne, poplitée, et un infarctus rénal.

Les coupes de d'intestin grêle ne fournissent, en raison de l'altération cadavériques, aucun renseignement utile sur les altérations de la muqueuse ; la paroi est infiltrée de microbes, émigrés de la cavité intestinale, et si abondants que sur les coupes colorées à la thionine ils forment des amas bleus, visibles à l'œil nu. Le seul point intéressant que nous expliquent ces préparations, est l'apparence de la surface péritonéale, semée d'un fin pointillé que nous avons précédemment décrit ; la lésion histologique, consiste en petits amas de cellules migratrices, accumulés dans le tissu conjonctif sous-péritonéal très épaissi et qui constituent de petits abcès miliaires ou submiliaires, microscopiques, montrant un processus de péritonite non seulement superficiel, cavitaire, comme il est habituel dans le péritonité aiguë septique, mais aussi plus profond, interstitiel ; ce qui paraît bien correspondre à l'évolution clinique très prolongée de cette péritonite.

Les coupes des artères sylvienne et poplitée nous montrent deux états différents du caillot de thrombose, et correspondant bien aux différences d'apparence macroscopique et au processus également différent qui a dû présider à la formation de l'une et de l'autre.

Le caillot poplité était rouge, solide, adhérent, semblable aux caillots habituels de la thrombose veineuse, et formé vraisemblablement par propagation de la coagulation sanguine, que, si nous en jugeons par l'histoire clinique, avait dû débuter par les vaisseaux du pied. C'est donc un caillot secondaire, qui ne saurait nous renseigner sur l'origine de la lésion ; il ne renfermait pas de microbes, s'est montré stérile à l'ensemencement ; et de fait, à l'examen histologique, il apparaît formé de masses fibrineuses, réticulées ou stratifiées, englobant des globules rouges et blancs, ces derniers relativement peu abondants. La paroi artérielle avoisinante est saine, sans signe de réaction de voisinage du côté de la tunique interne.

La thrombose sylvienne était au contraire toute récente, au moment de la mort, remontant à quarante heures tout au plus, et, en raison des petites dimensions du vaisseau, il était possible de faire porter l'examen aux points mêmes où avait dû débuter la coagulation.

L'examen macroscopique montrait un caillot d'apparence homogène, sans aucune apparence d'embolie ni aucune altération grossière de la paroi du vaisseau.

L'examen histologique n'en montre pas davantage : pas d'embolie, pas d'altération ancienne ou récente de la tunique interne. Mais le caillot n'a pas la même apparence que le caillot poplité : à l'œil nu, il était grisâtre, peu consistant ; par la culture il donnait des colonies de pneumocoque ; à l'examen histologique il se montre formé en majeure partie par une agglomération considérable de leucocytes, leucocytes polynucléaires généralement prédominants, mais avec des amas de mononucléaires, plus nombreux à la périphérie. Les uns et les autres sont englobés de fibrine coagulée, avec des globules rouges, mais ils sont manifestement prédominants, et de beaucoup, dans les éléments agglomérés du caillot. Ce caillot de thrombose est un caillot blanc, un caillot leucocytique, et partant de l'oblitération vasculaire de la thrombose. Ces microbes, la culture nous en a prouvé l'activité, mais l'examen histologique nous permet également d'en déceler la présence, sous forme de micrococques ovoïdes, accouplés deux à deux, avec l'apparence très caractéristique du pneumocoque. Ils sont situés au milieu du caillot et non à la surface de l'artère ou dans l'épaisseur de ses tuniques.

Digitized by Google

Les coupes du rein portant sur un infarctus montrent également l'oblitération thrombosique dans les vaisseaux afférents. Dans la zone de l'infarctus, les cellules des tubuli, entièrement nécrosées, ne présentent plus d'élections colorantes et se montrent d'une teinte uniforme sur toute l'étendue de la zone ischémiée, tandis que, dans les espaces conjonctivo-vasculaires interposés aux tubuli, on trouve encore assez loin du territoire irrigué des noyaux bien colorés et qui résultent d'un commencement de diapédèse leucocytique dans la zone nécrosée. Tout à fait à la surface du rein, il reste en outre une bande de mince épaisseur dans laquelle les cellules des tubuli se colorent bien et correspondent à un territoire restreint du parenchyme rénal, où les vaisseaux de la capsule suffisent à la nutrition après l'interruption complète de la circulation parenchymateuse:

Pour résumer cette longue observation, nous voyons ; comme histoire clinique, un début subit, au cours d'une bronchite légère, peut-être une grippe, et marqué par les trois signes caractéristiques, la douleur du ventre, les vomissements et la diarrhée, qui constitue le syndrome initial de la péritonite à pneumocoques,

Puis se produit un amendement des phénomènes abdominaux, qui va presque jusqu'à leur disparition complète, tandis que la coupe thermique, après avoir débuté à 29 degrès, tombe et oscille quelque temps entre 37 et 38 degrés.

Mais, en même temps se sont montrés des symptômes sans rapport apparent avec les accidents initiaux ; ischémie douloureuse du pied droit, plaque de sphacèle d'un orteil, ischémie de la main et thrombose apparente visible et palpable de l'artère radiale gauche.

L'état général va chaque jour s'aggravant, et c'est seulement vingt-cinq jours après le début que reparaissent les accidents péritoniques : vomissements, ballonnements, douleurs de ventre, hoquet persistant et douloureux. Enfin, le malade tombe dans le coma, et meurt quarante heures après, la durée totale de la maladie ayant été de vingt-neuf jours.

Si nous joignons à ces symptômes l'albuminurie persistante et une réaction diazoïque très marquée tout le temps, nous aurons l'ensemble des phénomènes les plus caractéristiques.

Au point de vue anatomique : thromboses artérielles multiples et péritonite généralisée, dont la nature pneumococcique est prouvée par l'examen, la culture et l'inoculation.

Dans les lésions du péritoine, il est possible en outre de reconnaître la poussée aiguë, récente marquée par l'exsudat fibrino-purulent qui recouvre les organes et tapisse les parois, et le processus de plus ancienne date, plus profond comme lésions, des abcès miliaires développés dans l'épaisseur même du tissu conjonctif sous-séreux.

Avec ces deux faits, et même en y joignant ceux antérieurement publiés, nous ne posséderions qu'un trop petit nombre d'observations pour pouvoir essayer d'écrire un tableau d'ensemble de la péritonite à pneumocoques de l'adulte, pouvant être mis en parallèle avec celui, aujourd'hui bien tracé, de la péritonite infantile.

Et la chose serait d'autant plus difficile que si, pour cette dernière, l'uniformité des symptômes et de leur évolution rend la tâche aisée, tous ces faits de péritonite de l'adulte sont au contraire plus ou moins dissemblables.

Une observation de Brault (d'Alger) (1) concerne un homme de trente cinq ans, et l'affection évolua sous forme de péritonite purulente enkystée, simulant une appendicite ; elle guérit après opération.

Une seconde observation de Arnozan et Cassaët, est celle d'une jeune fille de dix-huit ans, qui succomba en quelques jours à des accidents de péritonite aiguë septique généralisée.

Dans une thèse récente sur « la péritonite à pneumocoques, primitive et isolée, chez l'adulte et l'adolescent » (Th. de Paris, 1898), M. Temime y joint une troisième observation d'une fille de quinze ans dont l'histoire, de tout point semblable à celle de la péritonite infantile, doit, en effet, par l'âge de la malade, y être rattachée.

Ces faits ne justifieraient donc pas l'établissement d'un type d'ensemble, et ce disparate même nous semble caractéristique, tout comme nous voyons d'autres formes morbides, comparées chez l'enfant et chez l'adulte, présenter les mêmes différences, la méningite tuberculeuse, par exemple, de physionomie beaucoup plus régulière, uniforme dans la pathologie infantile, et presque toujours anormale chez l'adulte.

Signalons seulement quelques oppositions bien tranchées, d'abord la prédominance dans le sexe féminin chez l'enfant. Brun, sur quatorze cas, compte onze filles (*Pr. méd.*, janvier 1597), tandis que sur les quatre observations que nous venons de citer, il y a trois hommes et une seule femme. En second lieu, dans un seul de ces quatre faits, s'est manifestée la tendance à l'enkystement, au contraire beaucoup plus commune dans la péritonite infantile et qui doit être pour beaucoup dans la bénignité relative de cette forme morbide.

Car nos observations concernent des cas extrêmement graves, elles se sont terminées per la mort, sans intervention chirurgicale, il est vrai, mais aussi sans qu'à aucun moment de leur évolution cette intervention ait paru indiquée ; et de fait, les constatations nécroscopiques ne permettent pas de supposer qu'une intervention dans ces cas ait pu avoir la moindre chance de succès. Nous ne saurions dire, il est vrai, nos examens bactériologiques n'ayant été

(1) Brault. *Société de chirurgie*, 30 octobre 1894.

Digitized by Google

faits qu'à l'autopsie, si le pneumocoque était seul en cause pendant la vie et si la gravité des faits ne tiendrait pas à l'adjonction d'autres microbes; mais nous ne croyons pas d'autre part qu'il faille faire fond d'une manière trop absolue sur la croyance générale à la bénignité des inflammations séreuses d'origine pneumococcique; car c'est là encore une règle qui pour être généralement juste en pathologie infantile, ne l'est pas au même degré dans la pathologie de l'adulte.

Quant à la pathogénie de cette péritonite, nos observations ne nous fournissent aucune indication de son mécanisme.

Un dernier point nous reste à considérer.

Les accidents multiples, artériels et viscéraux qui spécialisent notre deuxième observation, ces thromboses de la sylvienne, de la poplitée, de la radiale, ces infarctus multiples de la rate et des reins, semblent au premier abord impliquer l'hypothèse d'une dissémination embolique dans tout le territoire de la grande circulation, et telle qu'on l'observe dans l'endocardite infectieuse. Or, il n'y avait ni endocardite, ni caillots intra-cardiaques, ni source quelconque d'embolies, dans le cœur, dans les vaisseaux ou dans l'appareil respiratoire; et il n'y avait réellement pas d'embolies, comme nous l'a montré l'examen minutieux des caillots.

Ces caillots étaient d'aspects divers : celui de la poplitée nous a présenté l'apparence habituelle des coagulations intra-vasculaires stasiques, et nous a paru être réellement un caillot secondaire à l'oblitération antérieure et relativement ancienne d'une artériole de l'extrémité du membre inférieur; il ne pouvait donc nous fournir aucun indice sur la cause de la coagulation initiale.

Le caillot de la sylvienne, au contraire tout récent, était manifestement primitif, représentait bien la coagulation initiale, et de son examen nous devions conclure à la cause même de cette coagulation. Cette coagulation ne pouvait relever que de trois mécanismes : 1° une embolie; nous avons vu qu'il n'y en avait aucune trace; 2° une thrombose consécutive à une artérite; 3° une thrombose primitive.

D'artérite, nous n'en avons trouvé aucune apparence, et évidemment en raison des petites dimensions du vaisseau et des examens multipliés que nous en avons pratiqués, une lésion même circonscrite de la tunique interne ne nous eût certainement pas échappé.

Reste donc l'hypothèse d'une thrombose primitive et à celle-ci nous ne nous rallierons pas seulement par exclusion; mais nous la trouvons en outre parfaitement expliquée par l'apparence du caillot, telle que nous l'avons précédemment décrite; nous avons vu en effet dans cette sylvienne oblitérée un caillot formé en majeure partie de leucocytes agglomérés; un caillot blanc et un caillot renfermant des microbes, des pneumocoques reconnaissables à l'examen histologique et dont nous avons prouvé la vitalité et la virulence par la culture et l'inoculation. Ces microbes ne se trouvaient pas dans la paroi vasculaire demeurée saine, mais dans le caillot. Il est donc facile de comprendre que par suite d'une infection sanguine, conséquence vraisemblable de l'inflammation pneumococcique du péritoine, il s'est formé dans le sang en circulation des agglomérations leucocytiques périmicrobiennes, phagocytoses avortées qui sont par leur accroissement devenues la cause d'obstacles circulatoires, puis de thromboses en de multiples points de l'organisme.

Des faits semblables survenus en nombre de maladies infectieuse, sont habituellement décrits sous le nom d'artérites infectieuses; il nous paraissent relever le plus souvent de ce ce mécanisme de la thrombose leucocytique périmicrobienne, mais c'est là un point de pathologie qui mérite d'être étudié à part et sur lequel nous reviendrons ultérieurement, avec des faits empruntés à d'autres maladies microbiennes.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Remarques sur l'emploi des vomitifs contre l'état saburral

Par M. le Dr Liégeois
Correspondant national de l'Académie de Médecine

1° Dans l'embarras gastrique simple apyrétique, ou dans l'embarras gastrique simple fébrile, c'est à dire avec fébricule rémittente (fièvre rémittente gastrique) ou continue (fièvre synoque), le médecin administre les vomitifs pour débarrasser l'estomac des « matières peccantes » ou « saburres » qu'il renferme. Autrefois on pensait que ces matières peccantes sont constituées ou par une excrétion de la muqueuse de l'estomac, ou par des mucosités retenues, amassées dans le ventricule à la suite de digestions mauvaises, ou par de la bile adhérente à ses parois. Aujourd'hui l'on dit qu'elles sont composées de microbes et des toxines qu'ils ont engendrées, ainsi que de celles résultant de fermentations anormales par diminution ou suppression des fonctions sécrétoires et motrices de l'estomac. Résorbées, ces toxines provoquent une réaction fébrile et des malaises variés, d'autant plus volontiers que le foie, congestionné par sympathie ou par voisinage (fièvre gastrico-bilieuse), n'est plus en état soit de les retenir au passage, soit de les transformer. Plus tôt elles se-

Digitized by Google

ront chassées par le vomitif, plus vite l'embarras gastrique sera guéri.

La secousse, indirecte ou directe, imprimée à l'estomac par le vomitif, n'a pas que pour effet l'antisepsie mécanique de cet organe; elle a aussi pour effet son antisepsie chimique, laquelle est réalisée par le retour de la sécrétion chlorhydrique; enfin elle a encore pour effet l'antisepsie de toute l'économie, laquelle est réalisée par la glande hépatique qui récupère son activité perdue si l'on en juge par la quantité de bile jaune, à peine verte, qui reflue dans l'estomac pendant le vomissement et témoigne tout au moins de l'hypersécrétion biliaire déterminée par la substance émétique : le foie a recouvré son rôle de destructeur des toxines, son rôle de dépurateur.

Le vomitif n'a pas le pouvoir de modifier instantanément l'épais enduit blanchâtre ou jaunâtre de la langue : celui-ci persiste après son usage. Mais, dès le lendemain de l'évacuation des saburres gastriques par le vomitif, le malade accuse du bien-être; sa soif est moins vive, ses nausées ont disparu, et, dans la fièvre synoque, la température tombe de 1 à 2 degrés. Le mal de tête, parfois si pénible, est un des premiers symptômes amendés. Voilà ce que nous voyons journellement chez les enfants aussi bien que chez les adultes : « Considérez cette sorte de petite indisposition comme parfaitement digne de votre attention, combattez la par un vomitif, tout d'abord, et par un purgatif ensuite, écrivait judicieusement J. Simon, vous serez étonnés de l'amélioration subite qui suivra cette simple médication. Si, au contraire, vous méconnaissez cet embarras gastrique, ou si, imbus de l'opinion que votre intervention sera inutile, vous abandonnez l'économie à ses propres ressources, attendez-vous à voir, pendant deux semaines au moins, l'enfant sujet à des agacements, à de la constipation, à de la lientérie... »

Peut-être vaut-il mieux s'adresser à l'ipéca dans l'embarras gastrique des enfants; mais chez l'adulte, à part chez les hypochondriaques, chez les névropathes et les hystériques, l'émétique vaut mieux.

Hayem — un des rares adversaires de la médication vomitive dans l'embarras gastrique — estime qu'un purgatif produit un bénéfice égal dans bien des cas. La plupart des médecins, toutefois, n'en viennent au purgatif — un pugatif salin — que le lendemain de l'administration du vomitif.

On ne perd plus son temps, comme Stoll, à faire ingérer à l'avance des boissons « dissolvantes » pour rendre « mobile la matière amassée dans les premières voies »; on prescrit seulement les boissons tièdes dès que les nausées se manifestent : l'acte du vomissement est singulièrement facilité par ce petit moyen. L'eau de la boisson lave, pendant le vomissement, l'estomac, l'œsophage, le pharynx et la bouche. Donnons-en plusieurs verres, surtout dans l'embarras gastrique subnauséeux qui accompagne la dilatation de l'estomac.

Touchons incidemment un mot de l'efficacité des vomitifs dans l'ictère catarrhal où l'état saburral est d'ordinaire si accentué. Frerichs, s'appuyant sur ce fait expérimental qu'après le vomissement consécutif à une injection de tartre stibié dans les veines du chien, ses voies biliaires sont vides, pense que, pendant le vomissement, le foie, la vésicule et le cholédoque se trouvent fortement comprimés de trois côtés de telle sorte que le liquide contenu dans ces conduits est refoulé avec une grande force contre le bouchon; ainsi il explique pourquoi « il n'est pas rare de réussir, dans l'ictère catarrhal et dans celui occasionné par des calculs biliaires, à lever les obstacles au cours de la bile, au moyen des émétiques »; en cas de calculs, cependant, il redoutait la rupture de la vésicule. Fr. Hoffmann vantait le tartrate d'antimoine et de potasse; Richter, Baldinger recommandaient la poudre d'ipéca que Corrigan conseilla à la dose de 2 grammes tous les deux jours. Cette pratique n'a plus d'adhérents.

2° Stoll conseillait les vomitifs au début des fièvres catarrhales « toutes les fois qu'une bouche très pâteuse, des dents sales, une langue chargée d'un limon épais et tenace annoncent un état semblable de l'estomac et des intestins »; il chassait « par la voie la plus courte tout ce qu'il y a d'étranger dans l'estomac et dans le duodénum » et exprimait « la bile dépravée dont la vésicule du fiel regorge ». Après avoir rendu « mobile » par des « fondants » la « matière morbifique », il l'expulsait par un premier vomitif, le tartre stibié plutôt que l'ipéca, puis, il dissolvait de nouveau par des fondants « ce qui était resté de saburre bilieuse » et il l'évacuait par un autre vomitif. Grübel, Schæffer, d'autres dans le vieux temps, prétendaient avoir pu ainsi faire avorter une fièvre maligne; avec Grant, avec Wittwer, et, plus près de nous, avec Andral, soyons moins optimistes, mais ayons la sincérité de reconnaître que le vomitif a souvent abattu très sensiblement la fièvre et dissipé la céphalée, l'agitation, voire même le délire, — ce délire que Stoll disait être « bilieux ».

Dans la grippe — cette fièvre catarrhale type — l'embarras gastrique streptococcique est accompagné quelquefois (G. Sée et A. Mathieu) d'une distension passagère de l'estomac avec clapotage et bruit de succussion. Toujours, en cette occurrence, on observe une dépression considérable du système nerveux; le pouls est précipité, irrégulier et petit; congestionné, le foie ne peut plus emmagasiner ni détruire les toxines du tube digestif et du sang; atteints de néphrite glomérulaire avec albuminurie, les reins n'éliminent plus qu'incomplètement les toxines et les [illegible]

Digitized by Google

maînes. Ces symptômes d'adynamie doivent nous détourner de la prescription, contre l'embarras gastrique, d'un vomitif qui joindrait son influence adynamisante à celle de l'infection grippale.

3° Se décide-t-on, au début de la fièvre typhoïde, à employer un vomitif contre un état saburral très marqué, ce ne sera pas avec la prétention — contre laquelle Forget, plus tard H. Roger se sont élevés avec tant d'énergie — de faire avorter la maladie; ce sera, rien de plus, pour faire de l'antisepsie mécanique de l'estomac. De cette façon on a dissipé des nausées, des vomissements bilieux insupportables.

4° On lit dans Fr. Hoffmann que la « rougeole gastrique » est avantageusement impressionnée par les émétiques.

Withering, Huxam, Cullen enseignaient que la scarlatine demande un vomitif « si dès le début de la maladie il y a eu une grande prostration des forces, de l'inquiétude et de l'anxiété, et s'il n'y a pas d'indices d'inflammation des viscères abdominaux ou autres » : et ces auteurs — après eux Clark, Rush, Stieglitz, J. Frank — conseillaient l'ipéca.

Cullen encore, Quarin, Selle se servaient de l'ipéca dans la variole à la fois contre les saburres, contre les nausées et les vomissements du stade d'invasion. Nous avons plus d'une fois, à l'exemple de J. Simon, notamment dans la rougeole, administré l'ipéca contre l'état saburral de la période d'invasion. L'évolution de l'éruption de la rougeole, de la scarlatine, de la variole n'est pas enrayée par ce vomitif; J. Simon dit qu'elle est favorisée.

5° Sydenham, Baglivi virent dans l'empâtement de la bouche, dans la langue avec inappétence absolue, fétidité de l'haleine et angine érythémateuse intense de l'érysipèle de la face une indication des vomitifs: ils employaient « souvent l'émétique », J. Frank les a imités. Avant toute autre prescription nombre de praticiens de nos jours commencent encore le traitement par un grain d'émétique. Mais nous sommes obligé de dire que beaucoup d'autres, à l'instar de Forget, répudient le vomitif auquel ils ne reprochent, il est vrai, que les secousses qu'il fait subir au visage ou à la tête; ils le remplacent par un purgatif salin, ne tenant pas compte de l'opinion de Quarin et et de Burserius pour qui les purgatifs « exaspèrent la maladie, surtout chez les sujets faibles et dont le pouls est accéléré et petit ».

6° Dans la fièvre intermittente avec état saburral très prononcé, c'est une habitude, malgré les critiques de Forget, de faire précéder d'un vomitif le sulfate de quinine pour en rendre l'absorption plus rapide; il n'est pas rare que, sans cette précaution, l'estomac le rejette presque aussitôt. J. Frank allait jusqu'à dire que la seule solution de tartrate d'antimoine et de potasse « enlève tout à coup la fièvre » ou la transforme en « intermittente simple »; et Boudin a démontré qu'un vomitif, pris à temps, prévient souvent l'accès, même pernicieux, et la céphalalgie rémittente. Les vomissements, si fréquents dans les formes comateuses, ne reviennent pas dans la journée si l'on a prescrit le vomitif dès le matin. Au tartre stibié choisi par J. Frank, la plupart des praticiens préfèrent la poudre d'ipéca.

7° Les nausées, avec langue saburrale, du début des angines infectieuses suraiguës et de l'angine herpétique disparaissent à la suite du vomissement par l'émétique. Là ne se borne pas l'heureuse action du vomitif dans ces angines : il fait aussi tomber la fièvre d'un à deux degrés; au lieu d'être aggravée par les efforts de vomissements, la céphalalgie diminue dès que l'émétique « commence à les provoquer », et « elle a disparu quand ils ont cessé » (Lasègue). Si — par comparaison — l'on se sert des purgatifs, on n'en obtient aucun avantage (Lasègue).

Je ne sache pas qu'il y ait encore, à l'heure présente, des médecins qui se bercent du chimérique espoir de faire avorter une esquinancie par un grain d'émétique; mais il faut convenir que l'état saburral et la céphalalgie occasionnés par l'amygdalite ou la péri-amygdalite phlegmonèuse sont sérieusement amendés par un vomitif, ainsi que les paroxysmes d'angoisse et de suffocation suscités par des mucosités surabondantes du fond de la gorge dont le patient aurait bien du mal de l'exonérer sans les contractions — très douloureuses, je l'avoue — que le substance émétique éveille dans les muscles pharyngés. N'est-ce pas Stoll qui a écrit que, dans les angines catarrhales, « la déglutition était aussitôt rétablie par le vomissement ? »

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Enduit pour prévenir les escarres :

Gutta-percha	4	grammes
Chloroforme	30	—
B. du Pérou	1	—

Enduire avec un pinceau fin, deux fois par jour, les parties menacées.

Formules à base de terpine :

I. Elixir de terpine

Terpine	20	grammes
Alcool à 90°	300	—
Glycérine à 30°	670	—
Teinture de vanille	10	—

Faire dissoudre la terpine dans l'alcool y ajouter la teinture de vanille puis la glycérine.

Une cuillerée à soupe égal 0 gr. 30 environ de terpine.

II. Sirop de terpine

Elixir de terpine	500	grammes
Sirop simple	500	—

(Sc. pharm.)

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

Le thym et le serpolet.

Les deux agréables plantes de la famille des labiées doivent leur parfum et leurs propriétés thérapeutiques à l'essence qu'elles contiennent, essence constituée par un mélange de thymol, de carvacrol et de cymène.

L'usage en était autrefois très répandu : on les employait avec avantage dans l'asthme, les catarrhes chroniques, la coqueluche. Le docteur Joset (1) a pu par la simple administration d'une infusion de serpolet guérir des coqueluches prises indifféremment à toutes les époques de leur évolution, les angines striduleuses, les toux quinteuses, grippales, convulsives. « Dans les cas les plus malheureux, dit-il, la « toux pathognomonique essentielle de la coquelu « che, quand elle n'a pas cessé au bout de quelques « jours s'est tellement améliorée que la maladie a pu « se terminer par une bronchite simple. »

Les résultats obtenus, pendant six ans de pratique médicale, avec le serpolet, ont amené le docteur Joset à considérer cette labiée comme spécifique des affections spasmodiques et convulsives de voies aériennes.

La plante figure encore dans la formule du sirop Desessartz, remède précieux et éprouvé contre la coqueluche.

Il y a deux ans, le docteur Fischer, de Strasbourg, a constaté que le thym administré sous forme de sirop à ses enfants atteints de coqueluche diminuait immédiatement les accès de toux et de cyanose. Les catarrhes bronchiques et laryngiques sont également améliorés par la même plante : la toux convulsive est modérée et l'expectoration facilitée. La sensation de pression si pénible que les emphysémateux éprouvent sur la poitrine est également très modifiée par le thym, dont l'usage permet aux malades de monter les escaliers sans malaises.

La préparation galenique utilisée par le docteur Fischer était un sirop obtenu en mélangeant à du sirop de sucre un extrait fluide de thym dans une proportion telle que le tout correspond à une infusion à 1/7e.

Cette préparation désignée sous le nom spécial de « Pertussine » peut être avantageusement remplacée par la suivante :

Thym frais ou serpolet frais 500 grammes, on exprime le suc ; on fait avec le marc et vin blanc 100 grammes, une macération de 12 heures, on exprime, on mêle le liquide obtenu avec le suc, on lave le marc avec quelques seaux d'eau distillée, s'il y a lieu, pour obtenir 400 grammes de colatures dans laquelle on fait dissoudre à froid sucre blanc 720 grammes. On administre de cette préparation 3 à 4 cuillerées à soupe par jour.

On emploie encore l'infusion à 1/20 sucre, à la dose de 2 à 300 grammes par jour. — A. B.

(1). *France Médicale*, 1862.

CHIRURGIE

Rétrécissement de l'œsophage consécutif à une fièvre typhoïde. Opération d'Abbé. — Guérison. — Un homme, à la fin du deuxième septenaire d'une fièvre typhoïde, ressentit une vive douleur au niveau de l'estomac et ne put manger pendant deux jours. Les jours suivants, il avalait avec difficulté les aliments et dix semaines après le début de la fièvre typhoïde, il rendait tous les aliments, excepté les liquides lentement déglutis (Summers in *Med. Review 1900*).

Six mois plus tard, l'exploration avec une sonde œsophagienne établissait l'existence d'un rétrécissement distant de 30 centim. des incisives et n'admettant qu'une sonde filiforme.

Gastrotomie après un mois de vaines tentatives de dilatation.

Le cathétérisme rétrograde fut pratiqué à l'aide d'une bougie portant un gros fil de soie tressé, l'extrémité supérieure du fil sortant par la bouche étant saisie de la main droite, tandis que l'autre extrémité appliquée le long de la face palmaire de l'index de la main gauche était saisie de cette main introduite dans l'estomac.

Au-dessous du cardia, l'auteur opéra une traction sur le fil en même temps qu'un mouvement de scie pour couper le rétrécissement. Ce mouvement de scie fut continué jusqu'à ce qu'une bougie assez grosse pût passer facilement.

La plaie opératoire fut suturée, la dilatation continuée pendant plusieurs semaines jusqu'à l'introduction aisée d'une sonde œsophagienne de gros calibre.

Un an plus tard, ce malade sondé de temps en temps, avec une grosse bougie, avalait tous les aliments.

Summers avait déjà employé, avec le même succès,

Digitized by Google

la même technique dans un cas de rétrécissement de l'œsophage dû à l'ingestion de lessive de soude.

Le rétrécissement de l'œsophage consécutif à une ulcération typhique est absolument exceptionnel; outre le cas présent, l'auteur n'en connaît que deux autres — dont l'origine typhique est simplement probable — qui lui ont été communiqués par Osler et par Packard. Le premier guérit par simple dilatation, le second nécessita une gastrotomie. — E. B.

OBSTÉTRIQUE

Des végétations chez les femmes enceintes. — Elles peuvent siéger sur les grandes lèvres, les petites lèvres, le pourtour de l'anus, le vagin, le col de l'utérus. D'après Richoud, elles reconnaîtraient pour cause une irritation prolongée sur la partie où elles siègent.

Aussi, comme le remarque Lefer (*Th. Paris* 99), toutes les causes d'irritation vulvaire prolongée en favorisent le développement, tels les écoulements venus du vagin, de l'utérus, de l'urètre, les sécrétions provenant de lésions ulcéreuses de la vulve. La blennorrhagie n'agirait pas autrement.

Une des causes les plus importantes est l'absence des soins de propreté. Mais cependant, certains états tels que le lymphatisme, l'herpétisme, le diabète, l'anémie y prédisposent.

Elles sont assez fréquentes chez les femmes enceintes atteintes de leucorrhée abondante et peu soucieuses de l'hygiène et de la propreté. On a signalé l'avortement chez les femmes atteintes de végétation, il n'y a vraisemblablement pas relation de cause à effet. Mais on peut observer sur le col des végétations volumineuses, amenant une certaine rigidité du col qui se déchire au moment de l'accouchement.

Après l'accouchement, les végétations diminuent de nombre et de volume, mais ne disparaissent pas complétement.

Doit-on les traiter pendant la grossesse et comment?

On a proposé la cautérisation au moyen de nombreuses substances : nitrate acide de mercure, acides acétiques, azotique, phénique, sulfurique, nitrate d'argent au 1/50e, au 1/25e, etc; on a préconisé aussi l'écraseur, le galvano-cautère, le thermo cautère.

Le traitement de choix est l'excision aux ciseaux et le grattage à la curette, mais quand les végétations sont nombreuses et volumineuses, l'opération est douloureuse et nécessite l'anesthésie chloroformique, c'est l'écueil de cette méthode, car le chloroforme peut réveiller les contractions utérines et provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Nous avons le souvenir d'une malade que nous avons opérée à Broca pour des végétations vulvaires énormes, enflammées et très douloureuses, ce qui avait décidé l'intervention et qui, la nuit suivante fit un avortement de quatre mois.

Aussi, lorque les végétations seront peu volumineuses, il sera prudent de se contenter de l'anesthésie locale.

Il n'est pas nécessaire après l'excision et le grattage d'appliquer un caustique quelconque, mais comme il se produit un écoulement de sang assez abondant, on pourra appliquer un tampon imbibé d'une solution saturée d'antipyrine, puis on fera un pansement antiseptique que l'on renouvellera chaque jour; la cicatrisation s'opère d'ailleurs très vite. Inutile de dire que la récidive ne sera évitée que si les malades prennent les soins de propreté nécessaires. — J. H. M.

CLINIQUE MÉDICALE

Œdème aigu du poumon d'origine ourlieuse. — L'œdème aigu des poumons chez les cardio-scléreux a été surtout étudié par M. Huchard qui en a fait l'objet de plusieurs communications à la Société médicale des hôpitaux en 1892, et à l'Académie de médecine en 1896. On l'a signalé chez les enfants à la suite de broncho-pneumonie, de tuberculose, d'adénopathie trachéo-bronchique, ou comme complication des péricardites et des affections aortiques. Mais je ne sache pas qu'on en ait cité un cas à la suite d'oreillons. L'observation qui suit me paraît suffisamment démonstrative à cet égard pour que je me permette de la publier.

Le jeune X..., âgé de 13 ans, a eu les oreillons il y a six semaines environ. D'après la mère son passé pathologique se réduit à néant. L'enfant a toujours été bien portant mais très nerveux, sujet même au délire nocturne dans son bas âge. La mère, elle est d'une bonne santé, le père est un névropathe.

Le 7 mars, dans la nuit, l'enfant est pris brusquement d'une dyspnée intense. J'apprends cependant par la suite que quelques jours auparavant, il se sentait déjà mal en train, les nuits étaient mauvaises, il s'essouffait facilement. Néanmoins, il n'y prêtait aucune attention et n'en continuait pas moins son travail d'écolier. L'appétit paraissait à peu près conservé. Je vois le malade à 3 h. 1/2 du matin. Il est assis sur son lit en proie à une violente dyspnée; les yeux sont brillants, les lèvres légèrement bleuâtre, le teint pâle, le pouls *régulier* mais rapide. Absolument *rien au cœur*, ni affection aortique ni péricardite. A l'auscultation des poumons on entend une pluie de râles sous-crépitants par toute la poitrine, l'enfant expectore un liquide spumeux d'une couleur rosée (expectoration saumonée absolument pathognomonique).

Le diagnostic *d'œdème aigu du poumon* s'imposait. Je ne remarque par d'œdème appréciable des paupières et des malléoles. Interrogé *rapidement*, l'enfant n'accuse ni maux de tête ni vertiges antérieurs, ni palpitation. Il a uriné dans la jour-

Digitized by Google

née, mais ne peut préciser si c'est en moindre quantité. De toute la nuit il n'y avait eu aucune émission d'urine. Du reste devant l'imminence du danger je ne puis que glisser sur toutes les questions sans approfondir, et je m'empresse de soulager le malade par l'application de ventouses scarifiées abondantes, des injections hypodermiques d'éther, des cataplasmes sinapisés, des frictions à l'alcool. Malgré cette intervention énergique, l'enfant tombe rapidement dans le coma. Je propose comme moyen in extremis la saignée, mais la famille est absente, et comme l'enfant peut nous rester entre les mains, l'entourage ne veut pas prendre cette responsabilité. Du reste, 20 minutes après l'enfant succombait.

A quoi devons-nous attribuer la cause de cet œdème aigu du poumon ?

L'enfant paraissait bien portant, mais cependant en regardant les choses de près, on voit, comme nous l'avons déjà dit, qu'il avait un peu d'oppression les quelques jours auparavant, que les nuits étaient agitées. On peut donc supposer à bon droit que cet enfant qui avait été atteint d'oreillons, maladie infectieuse, avait fait de la néphrite ourlienne, qui, sous l'influence d'un coup de froid, avait déterminé une attaque d'urémie qui elle même provoquait la crise d'œdème aigu du poumon,

Ce malade avait un système nerveux très impressionnable, et nous savons d'après M. Huchard, que s'il faut faire jouer un rôle à l'élément mécanique. dans la production de l'œdème aigu du poumon, l'élément toxique peut remplir lui aussi un rôle capital en portant son action sur les nerfs et en mettant le système vasculaire en « instance d'œdème ». Eh bien cet élément toxique nous le trouvons chez les urémiques, puisqu'il a été démontré que les urines de certains de ces urémiques renferment une substance toxique vaso-dilatatrice.

L'interprétation que nous donnons paraît donc très rationnelle, et nous ne pensons pas que l'on puisse expliquer autrement ce cas très intéressant d'œdème aigu du poumon. — Docteur Chauvenet, de Plombières-lès-Dijon.

GYNÉCOLOGIE

L'ovarite scléro-kystique. — C'est une affection inflammatoire chronique de l'ovaire qui succède le plus souvent à la salpingite, et qui, au point de vue anatomique, est caractérisée par de la sclérose primitive et par des micro-kystes folliculaires secondaires, Telle est la définition qu'en donne Fraikin (th. Bordeaux 1899), qui en fait une véritable entité morbide.

L'ovaire occupe rarement sa position normale; dans la majorité des cas, il est déplacé dans le cul-de-sac de Douglas ; volumineux par la présence des kystes, il ne présente pas d'hypertrophie considérable ; son aspect est remarquable, sa surface est maronnée, bosselée; on rencontre à la coupe un nombre variables de kystes occupant principalement la périphérie de la glande ; ces kystes peu volumineux sont isolés les uns des autres. Leur contenu séreux le plus souvent peut être hématique, par production d'une petite hémorrhagie.

Les lésions histologiques portent surtout sur les follicules et le stroma-conjonctif; on peut trouver des lésions vasculaires. La trompe correspondante est rarement saine, presque toujours on y trouve de la salpingite.

La pathogénie en est assez obscure; pour Fraikin, la congestion et surtout la salpingite seraient les vraies causes déterminantes ; soit par contiguité, soit par voie lymphatique. De cette façon, l'ovarite serait presque toujours secondaire. Sous l'influence de l'inflammation, les cellules embryonnaires prolifèrent et plus tard se forme du tissu scléreux ; la sclérose est donc la lésion initiale. Le follicule adulte enserré par cette sclérose, et ne pouvant effectuer sa déhiscence, devient kystique par défaut de rupture.

Au point de vue clinique, l'ovarite scléro-kystique se traduit par des troubles menstruels, des douleurs, des troubles nerveux et digestifs, qui peut-être relèvent de l'insuffisance ovarienne.

Le traitement médical comprendra les toniques, l'hydrothérapie, l'opothérapie ovarienne, mais on sera souvent obligé de recourir au traitement chirurgical ; l'ignipuncture, la résection partielle, en un mot, les opérations conservatrices, font souvent disparaître les douleurs en même temps qu'elles rétablissent les règles et les fonctions de l'ovaire. Elles sont préférables à la castration qui ne soulage pas toujours les malades et peut entraîner des accidents post-opératoires. — J. H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Empoisonnements non professionnels par l'aniline. — MM. Landouzy et G Brouardel. *Accidents survenus à dix enfants chaussés de bottines de cuir j une noirci avec une teinture à base d'aniline.* — L'an dernier, le 28 avril, au commencement d'une chaude après-midi de printemps, l'un de nous était en hâte mandé auprès d'un bébé de dix-sept mois rapporté de la promenade sans connaissance, asphyxiant : l'enfant, disait-on, se mourait !

Accourant auprès du bébé nous le trouvions dans sa chambre, étendu inanimé, en résolution complète sur les genoux de sa nourrice, les yeux à moitié clos, le visage d'une pâleur de cire gris de plomb, les lèvres, le bord libre des paupières bleuâtres, les ailes du nez gris ardoisé, les mains d'une pâleur cadavérique, les phalangettes bleutées.

Digitized by Google

L'enfant, complètement immobile, insensible, indifférent à toute excitation, les membres flasques en résolution, paraît plongé dans un sommeil profond : réflexes patellaire, conjonctival conservés. Les pupilles, moyennement ouvertes, réagissent faiblement et lentement à la lumière.

Respiration ralentie, d'un rythme égal ; pouls petit, régulier, à 80.

Température rectale, 37°3.

Aucune tuméfaction ni de la gorge ni du cou ; aucune distension veineuse, d'œdème nulle part ; pas de saillie des jugulaires, pas d'exorbitisme.

Rien d'anormal dans l'auscultation du cœur et des poumons.

La cyanose, inexpliquée par l'état organique de l'enfant, dont les voies respiratoires et cardio-vasculaires sont intègres, apparaît d'ordre dyscrasique.

Immédiatement on recourt aux injections hypodermiques d'éther sulfurique, à la sinapisation des reins et des membres inférieurs, à un lavement d'évacuation suivi aussitôt d'un lavement de café.

Lavages du visage et de ses orifices à l'aide d'une éponge de toilette imbibée d'eau à la température de la chambre. ingestion par cuillerées à café de café chaud, de lait chaud aiguisé de vieille eau-de vie.

L'état dans lequel nous trouvons le bébé dure depuis deux heures et s'est produit soudain dans les circonstances suivantes :

Après une bonne nuit, après un réveil normal, après une matinée passée à la chambre comme de coutume ; rien n'ayant été changé à l'habillage, au bain, à la nourriture (le bébé élevé au sein par la mère est complètement sevré depuis six semaines), l'enfant est, aussitôt après-midi, porté sur les bras à deux cents pas de la maison, au parc Monceau.

Contrairement à ses habitudes, le bébé n'est ni remuant ni gai, il a une physionomie étrange, un teint qui semble bleuir, il est comme engourdi, et cela sans plaintes, sans cris.

La nourrice prend peur et ramène à la maison, au lieu du bébé frais, rose, enjoué du matin, un enfant inanimé, la figure plombée, les lèvres complètement bleues... on aurait dit d'un enfant doucement agonisant par asphyxie.

Jusque dans la soirée l'enfant resta inerte, sans connaissance (comme si un narcotique l'avait plongé dans un sommeil profond), l'aspect asphyxique se modifiant, la figure n'étant plus bleue, mais grise blafarde.

La nuit se passe sans incident.

Le lendemain matin, l'enfant semble engourdi, n'ayant point encore recouvré son entrain coutumier.

Rien à signaler (les urines rendues claires, contiennent des traces d'albumine) que le teint cireux du visage que le bébé gardera trois jours encore, alors même qu'il aura repris sa gaieté, et qu'aucun autre trouble ne rappellera le mal asphyxique dans lequel hier il est tombé.

L'accident dont nous rappelons les deux éléments caractéristiques, cyanose bleue, torpeur profonde, arrivait à un superbe enfant.

La soudaineté, l'acuité des accidents, la physionomie du bébé moribond, tout cela tenait de l'empoisonnement, et c'est cette idée de premier sentiment que nous eûmes absolument ferme après examen complet de l'enfant, après narration détaillée et contrôlée des circonstances dans lesquelles s'était rapidement déroulé ce drame en deux tableaux, d'un bébé parti gai et bien portant de la maison, rapporté inanimé, asphyxiant.

Nous en arrivâmes, de supposition en supposition, à nous demander si le bébé n'aurait pas pu s'empoisonner avec des bottines qu'on lui avait remises, le matin même, pour la première fois, depuis qu'un teinturier les avait renvoyées la veille de l'accident, après, de jaunes qu'elles étaient, les avoir passées au noir, toute la famille prenant le deuil.

Pourtant l'enfant, que sa nourrice ne quittait jamais, n'avait pas joué avec ses bottines avant de les chausser : ni les mains, ni les poignets, ni la figure, ni la robe n'avaient été salis, comme il arrive chaque jour aux enfants qui portent à la bouche tous les objets qui leur tombent sous la main. Et pourtant, à force d'enquête, il n'y avait guère que de ce côté qu'on pouvait incriminer, d'autant que les bottines avaient une odeur pénétrante, perceptible à distance, qui ne laissait pas que d'être désagréable, rappelant fort celle de l'encre de Chine.

Nous en étions resté là, quand, douze jours plus tard, le frère (Henri, six ans), chaussant pour la première fois pareilles bottines de bébé, qui, elles aussi, avaient été teintes, s'en fut à la promenade par une belle après-midi chaude de mai. Trois heures après, l'enfant rentrait tout refroidi, frissonnant et le visage bleu, terrifiant sa mère, qui ne se rappelait que trop les anxiétés par lesquelles elle avait passé. Henri se réchauffait lentement : en quelques heures, la teinte asphyxique s'effaçait sans que l'enfant parût incommodé ; le lendemain, la mine habituelle n'était pas revenue, l'enfant avait encore la face blafarde.

Cet événement éclaircit l'accident dont avait été victime le petit frère : il devait changer nos suspicions en certitude, quand, le surlendemain, le même enfant, Henri remettant les mêmes bottines, revenait encore de la promenade les lèvres bleues et le teint plombé : la teinte asphyxique avait été le seul phénomène observé, il n'y avait même pas eu la sensation de froid dont il s'était plaint la première fois.

Désormais nous étions confirmé dans le diagnostic porté à l'état d'extrême probabilité que les deux enfants avaient été empoisonnés par la couleur dont s'était servi le teinturier pour noircir leurs bottines jaunes, couleur pouvant bien contenir de l'aniline, la cyanose bleue étant apparue chez les deux frères comme chez les ouvriers qui fabriquent l'aniline ?

Cependant l'accident du bébé asphyxié s'était ébruité : Alors parvinrent à la mère de ces enfants des histoires

Digitized by Google

d'empoisonnements « comme celui arrivé à son fils ».

Une dame de la Rochelle lui écrivait, qu'en août 1899, six sur sept de ses enfants avaient présenté des accidents analogues, survenus dans les conditions suivantes :

Un jour, six enfants sur sept, au demeurant bien portants, mettent à trois heures de l'après-midi des chaussures teintes en noir le matin même « dégageant une forte odeur » ; les enfants, joyeux, vont en promenade à la plage.

Ils jouent depuis une heure peut-être lorsqu'on s'aperçoit, que la plus jeune des fillettes, trois ans, a les lèvres bleues. Interrogée, l'enfant répond n'éprouver aucun malaise, ce disant, elle tombe raide. Elle était « d'une pâleur de cire ardoisée, le nez pinoé, les lèvres et les mains bleuies comme par l'asphyxie. » On croit d'abord à un coup de soleil quoique l'enfant jouât sous une tente ; on la porte au casino où, la situation ne s'améliorant pas, on la ramène en voiture à la maison ; en même temps rentrent les autres enfants.

Quelques instants après, une sœur de quatre ans crie : « Maman, tout tourne ! » elle tombe inerte et bleuit comme tout à l'heure l'enfant de trois ans.

Une demi-heure plus tard, un garçon de cinq ans est pris de pareil accident. Trois autres enfants, deux fillettes, de quatorze et neuf ans, un fils de treize ans, présentent bientôt des symptômes comparables de forme, mais d'intensité moindre : ils souffrent de la tête, éternuent fréquemment et se plaignent surtout d'éprouver par tout le corps une sensation de froid intense qui persiste malgré les boules d'eau chaude dont on les entoure. La pâleur du visage est extrême, les lèvres et les mains sont bleues.

Les deux plus jeunes enfants ne reprirent connaissance qu'à dix heures et demie du soir. « Ce ne fut qu'à minuit qu'on fut tranquillisé pour leur vie : le cœur et le pouls étaient si faibles qu'on croyait les voir s'éteindre d'un moment à l'autre, sans souffrance apparente. »

Détail intéressant, les enfants eurent tous, à des degrés différents, un peu d'albumine dans les urines. Chez tous le symptôme disparut rapidement et complètement.

Quand, à la plage, avait commencé pour le bébé de trois ans « l'attaque d'asphyxie », quand successivement les six enfants tombèrent malades, on s'était demandé si les enfants n'avaient point été empoisonnés par les coquillages ? Ce diagnostic auquel manquaient les symptômes habituels, vomissements, coliques, diarrhée, urticaire, fut vite écarté, d'autant que les enfants n'avaient absolument rien pris en dehors de la maison, d'autant que, ce jour-là, dix-huit personnes de la famille avaient partagé le même repas, et que six enfants sur sept avaient été seuls pris du mal asphyxique.

Le lendemain, l'idée de la teinture dont on avait, la veille au matin, noirci les chaussures des enfants traversa l'esprit de la mère ; l'idée étant jugée des plus vraisemblables par le médecin de la famille, celui-ci s'en fut chez le cordonnier, y saisit la teinture... noire, qui, analysée, fut trouvée à base d'aniline.

A Paris, une fillette G..., de trois ans, en pleine santé, est, à la fin de la matinée, un jour chaud de septembre dernier, avant le déjeuner, chaussée de bottines de cuir récemment teintes en noir. Pendant le déjeuner, l'enfant, sans mot dire, sans plainte, sans larmes, devient livide.

La mère qui prend peur, touche le visage et les mains de l'enfant, « elle était froide. »

Le temps de mettre la fillette au lit, elle était bleue, « comme asphyxiant ».

En l'absence du médecin de famille, on court chez un confrère du voisinage, qui, justement effrayé de l'état de l'enfant, demande au plus vite une consultation : les consultants s'arrêtent à l'idée d'une « maladie bleue », à l'idée d'une asphyxie que pourrait expliquer quelque lésion brusquement produite dans la cloison interventriculaire ?

L'enfant, en dépit d'injections de caféine, d'éther, en dépit d'applications répétées de sinapismes, reste inanimée et bleue jusque dans la soirée ; la nuit se passe sans incident ; l'enfant reprend connaissance le lendemain matin, ne présentant trois jours durant, rien autre chose qu'une profonde fatigue, la peau livide, le teint ardoisé.

La mère, anxieuse de pareils accidents, cherchant quelle en pourrait bien être la cause, pense, à défaut d'autre hypothèse plausible, à incriminer les bottines dont elle a chaussé sa fille le jour même où elle l'a vue « empoisonnée » ; elle y songe, d'autant plus que les bottines nouvellement teintes exhalaient ou exhalent une odeur « violente, nauséabonde » à laquelle elle n'avait pas d'abord pris garde.

La teinture-cirage, envoyée à la Sorbonne, y aurait été analysée : on y aurait répondu, sans autres détails, qu'elle renfermait plusieurs poisons. Cependant, le médecin de famille (absent durant la semaine des accidents) qui a suivi la fillette depuis sa naissance, n'hésite pas, après examen complet de l'enfant et narration entendue du mode de début, de développement et de disparition des phénomènes asphyxiques, à croire qu'il s'est agi d'un empoisonnement.

Les neuf enfants — nous pourrions dire les dix enfants, puisque chez le jeune Henri l'empoisonnement fut observé deux fois à trois jours d'intervalle — dont, en quelques mots, nous venons de donner l'observation, présentèrent tous les syptômes absolument comparables, à l'intensité près.

Tandis que l'enquête minutieuse à laquelle on se livra à propos de chacun des cas, permettait, d'une part, d'écarter toute idée d'empoisonnement médicamenteux aussi bien que toute idée d'intoxication alimentaire ; ne permettait pas, d'autre part, d'expliquer les accidents par une lésion quelconque des appareils laryngo-pulmonaire, cardiaque ou rénal, elle établissait qu'une circonstance commune avait préexisté aux accidents : tous les enfants malades, sans exception, avaient, une heure et demie ou deux heures

Digitized by Google

avant leurs malaises, chaussé des bottines de cuir jaune récemment teintes en noir, avec cette particularité, que dans la famille B..., le 28 avril, le bébé Robert parti pour la promenade botté de noir, avec son frère Henri botté de jaune, est seul malade, Henri devant avoir sa cyanose quelques jours plus tard seulement, quand à son tour il mettra ses chaussures noires.

Une même particularité est à remarquer dans la famille de la Rochelle : une seule fillette n'est pas malade à son retour de la promenade faite par les six enfants à la plage ; seule elle portait des bottines de cuir jaune.

Ajoutons comme dernière remarque, dont les expériences que nous allons relater semblent révéler l'importance, que les accidents observés dans le groupe des dix enfants se produisirent par des temps chauds dans les dernières journées d'avril, en mai, en août et en septembre ; remarquons enfin que les accidents furent d'autant plus intenses que les enfants étaient plus jeunes, Robert, dix-sept mois étant terriblement plus malade qu'Henri, six ans ; le bébé de trois ans de La Rochelle, comme la fillette G... de Paris, trois ans, singulièrement plus en asphyxie et en torpeur que les enfants de neuf, douze et quatorze ans.

C'est la pareille teinture saisie chez le bottier de La Rochelle que la mère de notre petit client Robert, femme d'intelligence claire et agissante, se mit en tête de posséder afin que nous l'expérimentions ; non sans peine elle se la procura. C'est la pareille teinture dont, en avril, on a noirci les bottines de ses deux enfants, c'est de ce cirage liquide, exactement de même *marque déposée*, dont nous nous sommes servi dans la première série de nos expériences.

La teinture analysée par M. Ph. Lafon « distille à 182° ; la partie volatile est formée entièrement d'aniline.

La teinture renferme deux substances :

1° De l'aniline, produit volatil y existant en grande quantité (90, 90 pour 100) et servant de véhicule à la couleur ;

2° Des couleurs d'aniline fixes.

La recherche de l'arsenic conduit à un résultat négatif. »

Première série d'expériences. — a) Cobayes jeunes, de 300 et quelques grammes et lapins jeunes, tués en quelques heures, de deux à huit, par injection hypodermique d'un demi-centimètre cube de la teinture : les premiers accidents apparaissent après un quart d'heure ou une demi-heure.

Début un peu moins rapide après introduction dans l'estomac, également d'un demi centimètre cube : accidents après une heure ; mort entre la sixième et la douzième heure.

b) Trois gouttes déposées à l'entrée des fosses nasales ou dans la cavité buccale suffisent pour donner des accidents qui apparaissent, légers, de huit à quinze heures après ; ces accidents sont passagers.

c) Des vapeurs dégagées de la teinture chauffée, et envoyées dans les cages des animaux rendent ceux-ci malades vingt à trente minutes après le début de l'expérience ; éloignés des vapeurs, dès l'apparition des accidents graves, ils guérissent presque tous en vingt-quatre heures.

d) Une couche de teinture appliquée sur une surface cutanée (dos, flanc) de la largeur de la paume de la main, surface rasée au préalable, recouverte d'une couche de ouate humide, chauffée à 35°, et fixée par un bandage, donne des accidents dès la troisième ou quatrième heure. Les symptômes sont particulièrement sérieux, les accidents vont s'accentuant, la mort survient en vingt-quatre à trente-six heures, sauf dans les cas, où, dès les premiers signes d'intoxication, on détache le manchon qui enrobe les surfaces cutanées enduites de teinture.

e) Une couche de la teinture portant sur une surface cutanée rasée, de même étendue, appliquée à la température du laboratoire, + 19°, et non recouverte ; ne produit aucun accident ;

f) Une couche de la teinture portant sur une surface cutanée rasée de même étendue, recouverte d'une compresse sèche et froide, sans revêtement ouaté ne donne chez les animaux, gardés en sous-sol à la température de + 16°, aucun accident.

Quel que soit le dispositif expérimental adopté dans cette première série d'expériences, les accidents sont toujours, à l'intensité près, comparables entre eux : l'animal tombe soudain, les membres étendus, rigides, présentant du tremblement à petites oscillations, manifeste surtout quand on prend l'animal dans la main. De temps en temps paraissent des convulsions, la respiration est ralentie, les battements du cœur affaiblis, parfois difficiles à sentir. La langue, la muqueuse gingivale, toute la gueule sont décolorées, blanchâtres. Les globules rouges diminuent de nombre.

Dans plusieurs expériences, l'examen spectroscopique du sang nous a permis de constater la présence des bandes dans le rouge, caractéristiques de la méthémoglobine.

Deuxième série d'expériences. — Sur de pareils animaux jeunes (cobayes, lapins), les expériences refaites comme dans la première série en employant une teinture fabriqués par nous avec :

Eau distillée.	7.60
Aniline	92.40

donnent des résultats identiques aux précédents : mêmes accidents par voie hypodermique, par voie gastrique, mêmes accidents à la suite des badigeonnages garnis d'enveloppements chauds et humides tous accidents rappelant ceux observés et décrits par les expérimentateurs qui voulant étudier les empoisonnements professionnels avaient empoisonné des animaux avec l'aniline.

C'est donc bien à l'aniline que sont dus les accidents cliniques et expérimentaux dont nous venons de donner brièvement la description.

Digitized by Google

Observées chez les enfants. comme chez les animaux, nos expériences tendent à prouver combien la surface cutanée, dans certaines couditions se prête à l'absorption de l'aniline pourvu que celle-ci se trouve en atmosphère fermée, humide et chaude : nous savons, du reste, que l'aniline possède à + 30° une tension de vapeur très notable. Ce sont ces vapeurs qui, dégagées des bottines nouvellement teintes à la faveur de la chaleur moite, des pieds des enfants, explique, pathogéniquement, l'empoisonnement asphyxique dont ils ont été victimes. Nous rappelons que les accidents ont éclaté alors que les enfants étaient tous chaussés depuis une heure au moins, quand les désordres ont apparu ; nous rappelons que le temps était chaud. Nous venons d'ailleurs d'expérimenter que la température prise, la semaine dernière, dans la chaussure de cuir d'un enfant de trois ans (thermomètre placé, soit entre la peau et la chausette, soit entre la chaussette et la bottine), varie suivant qu'il y a plus ou moins de transpiration, entre 33°,35° 35°5, 36°, celle d'un adulte, dans les mêmes conditions, variant entre 35°4 et 36°3.

Il était important de démontrer par des enveloppements humides et chauds, non seulement la possibilité, mais la facilité d'absorption de l'aniline qu'*à priori* on n'aurait pas cru devoir être toxique dans les conditions de teinture employée en manière de fixatif par les bottiers pour teindre le cuir en noir.

L'intérêt des observations que nous publions réside précisément dans les circonstances dans lesquelles se sont produits les empoisonnements ; autant les auteurs nous avaient bien fait connaître les accidents résultant de l'absorption des vapeurs d'aniline par les voies respiratoires (autrefois si fréquents et si graves dans les fabriques d'aniline) ou par les voies digestives (accidents d'inadvertance ou accidents suicides), aussi bien nous ignorions la possibilité d'empoisonnement par absorption cutanée, dont un vêtement pourrait être l'occasion.

Nous n'avons pas besoin d'insister pour démontrer que les symptômes relevés chez les dix enfants dont nous donnons l'histoire sont en tout comparables aux accidents professionnels dont une description très complète a été donnée par Wertheimer.

Si, chez les enfants, les accidents (aucun fut mortel) semblent avoir été plus souvent graves que chez bon nombre d'ouvriers intoxiqués professionnellement, la différence semble due, et à l'âge des sujets — empoisonnés en raison directe de leur peu d'années — et au mode de pénétration du toxique, le cuir imbibé de part en part de teinture ayant trouvé dans la chaleur humide du pied des enfants longuement bottés les conditions que nous réalisions nous-mêmes, alors que nous intoxiquions les animaux en leur faisant, dans la zone badigonnée, une atmosphère chaude humide ; alors que nous ne les empoisonnions pas quand nous ne leur procurions pas, après badigeons, la chambre humide chaude favorable au dégagement et à la mise en tension des vapeurs qu'*a priori* on n'aurait pas songé pouvoir se dégager d'un bottine noircie et *sèche*.

Le syndrome observé chez nos dix enfants a été simple dans son uniformité : pas de crampes pas de tremblements pas de vomissements ; l'anéantissement allant jusqu'à la chute, jusqu'à la torpeur profonde et complète ; la sensation du froid et surtout la teinte asphyxique passant par toute une série de nuances et de degrés, suivant les parties du corps, suivant les moments plus ou moins éloignés du début des accidents, suivant l'âge des enfants : teinte asphyxique allant depuis le facies blafard jusqu'au gris de plomb, jusqu'au gris ardoisé, jusqu'à la cyanose bleue.

Chez nos petits malades il en a été de leur axphyxie bleue, de leur torpeur et de leur mort menaçante comme dans l'infinie variété (variété d'acuité et de forme) des accidents professionnels relatés ; l'empoisonnement chez nos enfants a varié avec leur âge et avec le temps plus on moins long durant lequel ils sont restés chaussés, tout comme, chez les ouvriers, ont été vus des accidents graves ou légers, suivant que les empoisonnés avaient plus ou moins longuement respiré une atmosphère anilinée ; suivant qu'à la première apparition chez eux de la cyanose bleue on les avait fait sortir de l'atelier.

Une particularité intéressante est l'albuminurie légère, temporairement présentée par les enfants de la Rochelle, comme chez notre petit client Robert, fait à rapprocher de celles de nos expériences dans lesquelles les animaux ont eu de l'hémoglobinurie, fait à rapprocher de ce que nous ont appris les cliniciens et les expérimentateurs touchant les altérations des globules rouges du sang, touchant la diminution d'hémoglobine en méthémoglobine (qui donne au sang des empoisonnés sa coloration spéciale) touchant l'hémoglobinurie parfois observée en clinique.

Nos recherches expérimentales entreprises, soit avec la teinture de *marque déposée* employée dans l'industrie, soit avec la teinture que nous avons fabriquée nous-mêmes, sont absolument comparables à toute une série de recherches déjà faites pour fixer la physionomie pathologique des empoisonnements par l'aniline. Sans rappeler les expériences de Hoffmann, de Wertheimer et Maxer, sans rappeler les observations d'Ollivier et de Bergeron, de Leloir, disons que les résultats que nous avons obtenus et les cas cliniques nouvellement observés sont absolument superposables à ceux jusqu'ici relatés d'empoisonnement anilique provenant d'absorption sous cutanée, gastrique ou respiratoire.

Ce que nous voulons retenir de particulièrement intéressant et nouveau dans nos recherches expérimentales, c'est la complète différence des résultats obtenus suivant les conditions d'humidité et de chaleur dans lesquelles nous avons placé nos animaux : ce sont ces expériences d'un dispositif qui cherchait à s'approcher des conditions de la Clinique, qui nous permettent de prouver, que chez les dix

Digitized by Google

enfants victimes d'un empoisonnement aniliné, le mode de pénétration du poison (alors qu'on se serait cru en droit de penser à la parfaite fixité de la teinture) a été la voie cutanée, des vapeurs d'aniline ayant trouvé toutes conditions propices d'abord à leur dégagement, ensuite à leur absorption par le réseau vasculaire cutané.

Diabète insipide. — M. François-Franck analyse une observation de M. Marinesco, de Bucarest, ayant trait à un cas de diabète insipide, dépendant d'un glio-sarcome du plancher du 4e ventricule *(17 juillet)*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Trombophlébite de la veine porte et des veines mésaraïques. Nécrose hémorragique d'une anse d'intestin. — MM. Hirtz et Josué. L'observation que nous publions concerne une malade âgée de trente-trois ans, entrée à l'hôpital avec une ascite abondante s'accompagnant de circulation collatérale ; le foie est de volume normal, la rate est grosse. On ne note pas d'alcoolisme antérieur. L'affection a débuté trois semaines auparavant par l'ascite et des douleurs lombaires et dorsales survenant par accès prolongés. Trois jours après son entrée, la malade vomit, des douleurs abdominales violentes font leur apparition en même temps que le facies devient péritonéal; trente-six heures plus tard la malade meurt dans le coma.

A l'autopsie on constate que la veine porte est oblitérée par une phlébite adhésive ancienne. Sur une étendue de plus de 50 centim., l'intestin grêle, rigide et épaissi, présente une coloration rouge vineux. Le péritoine qui le recouvre est seulement un peu dépoli. Dans la cavité de l'intestin, on trouve une certaine quantité de sang rouge fluide. Les tuniques intestinales ont atteint plus d'un centimètre d'épaisseur, elles sont fermes à la coupe qui apparaît rouge avec quelques îlots blanchâtres: Le mésentère voisin, très épaissi, contient des veines thrombosées. A l'examen microscopique on voit les éléments anatomiques nécrosés et les couches infiltrées de globules rouges.

Les cas analogues sont peu nombreux (observations de Chuquet, Leduc, Dreyfous, Straus, Pilliet, Péron et Beaussenat, Barth); la lésion a toujours été une découverte d'autopsie.

En comparant les observations, il nous a semblé qu'elles présentaient des traits communs et que le diagnostic serait possible.

La douleur n'a jamais manqué : plus ou moins violente, elle survient par accès spontanés et elle est réveillée par la palpation du ventre; elle irradie dans les reins et les lombes; parfois elle siège à la région épigastrique et s'étend dans les hypocondres. Quand la thrombose porte se produit au cours d'une affection hépatique, la douleur vient se surajouter aux autres signes présentés par le malade. Dans d'autres cas la douleur domine tout le tableau clinique et l'on songe à une appendicite, à des coliques hépatiques, à l'occlusion intestinale ; dans ces conditions l'intervention chirurgicale a été discutée et même tentée.

Dans tous les cas où l'oblitération veineuse semble primitive, les malades sont morts au milieu de ce que nous appelons le syndrome terminal. Brusquement on voit survenir des douleurs violentes dans le ventre, quelquefois avec sensation de déchirure ; en même temps le malade vomit, les traits se tirent, on se croirait en présence d'une péritonite. L'apparition de ce syndrome après une période de phénomènes douloureux de deux à trois semaines devra faire songer à la nécrose hémorragique de l'intestin par oblitération veineuse.

Péritonite primitive à pneumocoques chez l'adulte. — M. Ménétrier (voir page 481).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De l'asepsie opératoire. — M. Delbet montre par de nouvelles expériences, qu'il est possible d'aseptiser les mains d'une manière parfaite, même après les contacts les plus septiques. Elles redeviennent septiques au cours des opérations, non par le fait de microorganismes sortis des glandes de la peau, mais par la contamination de microbes contenus dans l'atmosphère d'où la nécessité de lavages fréquents des mains dans des liquides antiseptiques au cours des opérations.

Il va de soi que les mêmes procédés, à l'aide desquels les mains sont stérilisées, permettent également d'aseptiser la peau des surfaces opératoires.

M. Championnière. — On a compliqué beaucoup dans ces derniers temps la purification des mains par des pratiques nombreuses. Point n'est besoin d'avoir recours à des manœuvres si compliquées : une petite cuvette, remplie d'une solution de savon très concentrée, servira d'abord pour un nettoyage prolongé des mains ; au besoin on y ajoutera de la teinture de panama ; puis, celles-ci seront imprégnées d'une solution d'acide phénique au quarantième, contenant un peu de glycérine. Cette imprégnation sera renouvelée plusieurs fois au cours de l'opération. Les mêmes précautions seront prises pour la peau du malade : on peut faire ainsi d'excellente chirurgie, sans suppuration.

Enchondrome de l'omoplate. — M. Schwartz présente un homme de 33 ans, auquel il a enlevé un enchondrome kystique de l'omoplate, atteint de dégénérescence muqueuse, par la resection sous-spinale de l'os, mais en conservant l'articulation scapulo-humérale ; guérison. Les mouvements du membre supérieur sont presque tous conservés ; le seul mouvement difficile est l'abduction et l'élévation du bras. *(11 juillet.)*

M. le Dr Huchard vient d'être nommé membre correspondant des Sociétés de médecine d'*Upsala* (Suède), et de *Christiania* (Norvège).

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. générale lallemand, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le Dr MOIZARD.

La péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite

Le diagnostic de l'appendicite comporte de telles difficultés qu'il est toujours intéressant de l'étudier de nouveau, lorsque le hasard fait rencontrer des cas où malgré une analyse attentive des symptômes, une erreur a été commise.

Lorsque les accidents abdominaux débutent brusquement, avec douleur localisée d'emblée dans la fosse iliaque droite, vomissements, fièvre violente, défense musculaire, puis empâtement à ce niveau, il semble que le diagnostic s'impose. Ces symptômes peuvent cependant ne point être déterminés par une appendicite. J'ai étudié l'année dernière, dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, des faits de fièvre typhoïde à début brusque (la fièvre typhoïde débute souvent brusquement chez l'enfant), dans lesquels la douleur dans la fosse iliaque droite est si intense, avec accidents de péritonisme si marqués, que l'erreur peut être commise et a été commise, ne pouvant guère être évitée en pareil cas, qu'en se basant sur une étude attentive de l'état général du sujet, et surtout sur la notion de la possibilité de pareils accidents au début d'une fièvre typhoïde.

Je voudrais montrer aujourd'hui que la péritonite tuberculeuse, qui dans l'esprit de tous, est une maladie à évolution lente, progressive, peut, dans certains cas très rares, débuter brusquement, à grand fracas, et que, si les lésions siègent ou prédominent dans la fosse iliaque droite, elle peut simuler à s'y méprendre, l'appendicite. L'observation suivante en est la preuve :

Un jeune garçon de dix ans, est pris brusquement, au retour d'une promenade, de douleurs dans la fosse iliaque droite et de vomissements. Deux jours après, les vomissements n'ayant pas reparu et la fièvre se maintenant entre 38° 5 et 39°, je constate de la douleur à la pression et de la défense musculaire au niveau du point de Mac-Burney. A ce niveau, la palpation me donne une résistance profonde. L'état général est excellent, le facies non altéré, le pouls à 80. Le diagnostic d'appendicite me semble s'imposer, et comme il n'y a aucun symptôme inquiétant, j'institue le traitement par la glace, l'opium, la diète absolue et l'immobilité. La situation s'améliore rapidement, la fièvre tombe; et les jours suivants, je constate le développement progressif, dans la fosse iliaque droite, d'un empâtement, qui bientôt donne la sensation très nette d'une petite tumeur du volume d'une grosse noix, un peu allongée. Le diagnostic semblait donc se confirmer en tous points. Pourtant, je faisais quelques réserves, ayant su que cet enfant habituellement bien portant, et appartenant à une famille indemne de toute tare tuberculeuse, avait eu, 15 mois avant, une pleurésie, qui avait assez rapidement guéri.

L'auscultation et la percussion étaient, du reste, absolument négatives, aussi bien au niveau de la plèvre antérieurement malade, qu'aux sommets des poumons et dans la région des ganglions bronchiques.

Aussi, malgré la réserve que justifiait cet antécédent, la pleurésie primitive étant, chez l'enfant, comme chez l'adulte, presque toujours tuberculeuse, les symptômes étaient si nettement en faveur de l'appendicite, (l'observation démontrant du reste, qu'un tuberculeux peut être atteint d'appendicite non bacillaire), que c'est à ce diagnostic que je me fixai.

Aussi, lorsque la poussée aiguë fut définitivement enrayée, l'ablation à froid de l'appendicite fut décidée. L'opération nous montra combien notre réserve était justifiée, et aurait dû être plus explicitement formulée. Aussitôt le péritoine ouvert, en effet, il s'écoula une assez grande quantité de liquide citrin, et nous pûmes constater sur la séreuse de nombreuses granulations tuberculeuses prédominant sur la face antérieure du cœcum. L'appendice fut enlevé; il était évidemment malade, et avait la forme d'un battant de cloche, la partie voisine du cœcum étant de forme et de calibre normal ; l'autre, terminale, renflée en massue, rouge, présentant à sa surface quelques granulations tuberculeuses. Il n'y avait pas d'occlusion de la cavité appendiculaire qui contenait quelques matières fécales : la muqueuse était épaissie, tomenteuse, présentant quelques ulcérations. L'examen histologique démontra la nature tuberculeuse des lésions de l'appendice. Les coupes faites en deux points différents, ont montré, au milieu d'un tissu de sclérose infiltré par zones de cellules rondes embryonnaires, de très nombreux follicules tuberculeux, avec de nombreuses cellules géantes. Certains follicules avaient, au centre, un noyau caséeux. Par place, on trouvait des vaisseaux à parois épaissies ou même entièrement oblitérés. Sur une des coupes, la muqueuse était entièrement détruite et les follicules formaient la paroi ulcérée de la cavité appendiculaire. Sur l'autre, on trouvait quelques glandes de Lieberkuhn très atrophiées.

Cet examen histologique est des plus intéressants puisqu'il démontre l'existence d'une appendicite tuberculeuse. Il y avait donc bien appendicite, et c'était l'appendice tuméfié et la péri-appendicite qui donnaient certainement cette tuméfaction constatée

Digitized by Google

dans la fosse iliaque droite. Les suites de l'opération furent des plus simples ; mais la cicatrisation se produisit très lentement.

Il y a donc une appendicite tuberculeuse : elle était accompagnée, dans ce cas, de granulie péritonéale et il est bien probable qu'il en est presque toujours ainsi. Mais le point important à mettre en relief, est que son début et son évolution ressemblent, trait pour trait, à l'appendicite ordinaire. Quand elle est primitive, le diagnostic est impossible ; et on ne peut guère le faire qu'en se basant sur des antécédents de manifestations bacillaires quelconques et plus ou moins éloignées.

Je crois cette appendicite tuberculeuse très rare. Il s'agit le plus souvent, en pareil cas, de poussées de péritonite tuberculeuse développée ou prédominante au niveau de la fosse iliaque droite. Je laisse de côté bien entendu, dans cette étude, les faits de typhlite tuberculeuse, simulant très souvent le cancer de l'intestin, et si bien étudiés par Pilliet.

Ces cas de péritonite tuberculeuse siégeant à droite et débutant brusquement peuvent être pourtant diagnostiqués. C'est ainsi que je montrai, il y a deux ans, à mon collègue Brun, un enfant qui avait été pris brusquement de douleurs de ventre du côté droit avec vomissements. Tout d'abord j'avais songé à l'appendicite, mais la douleur était peu violente, son maximum était nettement à trois travers de doigt au dessus du point de Mac Burney, la défense musculaire était peu marquée. Nous pûmes, au bout de quelques jours, éloigner toute idée d'appendicite, et admettre que cet enfant, fils de tuberculeux et habitant une maison où plusieurs enfants avaient présenté d'autres manifestations bacillaires, avait un petit foyer de péritonite tuberculeuse.

J'ai observé il y a un an, dans mon service, un fait du même genre. Il s'agissait d'un enfant qui m'était envoyé avec le diagnostic d'appendicite à rechute, pour être opéré à l'hôpital. Son histoire était calquée sur les observations classiques d'appendicite à rechute. C'était après la troisième crise qu'on me l'envoyait. Je n'admis cependant pas cette opinion.

L'examen du ventre me démontra l'existence d'un empâtement diffus, donnant très nettement la sensation du gâteau péritonéal et existant aussi bien dans la fosse iliaque gauche qu'à droite. De plus, il y avait des signes d'adénopathie bronchique. Le diagnostic de péritonite tuberculeuse à poussées successives fut fait et vérifié par l'évolution des accidents. Le repos, les petits vésicatoires répétés sur l'abdomen, amenèrent une amélioration sensible, et le malade sortit à peu près guéri de l'hôpital.

Ce n'est que dans les bulletins de la Société de chirurgie que j'ai trouvé des observations semblables. C'est d'abord un fait de Lejars (*Soc. de chirurgie*, 21 juin 1898), dans lequel il s'agissait, chez une femme de 40 ans, d'accidents simulant une péritonite généralisée d'origine appendiculaire, ayant débuté brusquement 5 jours avant, et nécessitant une intervention immédiate. Il n'y avait pas de liquide dans le péritoine. L'appendice était recouvert de granulations tuberculeuses ainsi que le cœcum et l'épiploon. La guérison fut complète en trois mois, après des poussées successives avec ascension thermique et vomissements, traduisant certainement l'envahissement de nouvelles portions de la séreuse.

Dans la même séance, Routier signale un cas analogue où le résultat de l'intervention chirurgicale fut excellent.

Tuffier a signalé deux observations semblables, l'une chez une jeune fille de 21 ans, l'autre chez un enfant de dix ans.

Broca (*Soc. de chirurgie*, 30 novembre 1898), cite trois observations, dont deux suivies de mort par tuberculose, l'une 4 semaines, l'autre 3 semaines après l'opération. Le troisième enfant guérit, et était bien portant 3 ans après l'opération.

Brun (*Soc. de chirurgie*, 23 novembre 1898), a observé deux faits terminés par la guérison après l'intervention chirurgicale. Dans l'un, l'enfant était en état de partir pour Forges, un mois après la laparotomie. Revu 4 ans après, il était dans un état très satisfaisant. Dans l'autre cas, Brun porta le diagnostic de péritonite septique généralisée, à point de départ probablement appendiculaire. Dès l'incision du péritoine, il reconnut une péritonite tuberculeuse. Il y avait à la fois des granulations miliaires et des lésions anciennes, masses caséeuses disséminées, unissant l'épiploon à l'intestin, et les anses intestinales entre elles. Lavage du ventre à l'eau bouillie, attouchement des masses caséeuses avec le naphtol camphré et drainage. L'enfant guérit, et fut revu un an après l'opération en très bon état.

L'observation de Quénu (*Soc. de chirurgie*, 23 nov. 98), est très intéressante ; non seulement parce que le début simule à s'y méprendre l'appendicite, mais encore parce que la laparotomie fut suivie, à courte échéance, d'une méningite tuberculeuse qui enleva rapidement l'enfant, qui fut, du reste, opérée en pleine poussée de granulie. Il s'agit d'une fillette de 12 ans, prise brusquement, sans prodromes, d'une douleur violente de ventre, prédominant à droite, avec ballonnement, vomissements, élévation modérée de la température, pouls très fréquent. La laparotomie fut faite immédiatement. L'appendice était sain ; le péritoine, criblé de petites granulations miliaires grises, contenait du liquide citrin. Le ventre fut refermé sans drainage.

Immédiatement après l'opération, les douleurs abdominales et les vomissements cessèrent, et le lende-

Digitized by Google

main, la situation était très satisfaisante. Mais le second jour, la fièvre reprend, une céphalalgie très violente paraît avec les symptômes rapidement développés d'une méningite qui enlève l'enfant, trois jours après l'opération.

En ajoutant ces observations aux trois faits que j'ai observés, voici donc 13 cas, dans lesquels les accidents abdominaux du début de la péritonite tuberculeuse ont simulé l'appendicite. Les détails que j'ai donnés, montrent que la ressemblance peut être si parfaite que des hommes très expérimentés ont pu s'y laisser prendre.

Même début brusque, au milieu d'une santé, en apparence parfaite, dans la plupart des cas. Dans d'autres, la crise pseudo-appendiculaire avait été précédée, à intervalles plus ou moins éloignés, d'une ou plusieurs poussées douloureuses, dont la succession simulait absolument l'appendicite à rechute.

Quand tous les symptômes de l'appendicite sont ainsi réunis, l'erreur est inévitable; l'analyse la plus fine, la plus minutieuse des symptômes ne peut la conjurer. Dans l'un et l'autre cas, le tableau clinique est identique.

Le fait d'une manifestation tuberculeuse plus ou moins ancienne, est un argument important en faveur de la péritonite tuberculeuse. Mon petit malade avait eu une pleurésie un an avant l'apparition des accidents abdominaux. Cet antécédent m'avait fait formuler certaines réserves sur leur nature ; mais leur similitude avec l'appendicite était si complète, si absolue que c'est au moment de l'opération seulement que la péritonite tuberculeuse fut reconnue.

Pourtant, même cette notion d'une manifestation tuberculeuse antérieure n'a pas une valeur absolue au point de vue du diagnostic. Un tuberculeux peut parfaitement avoir une appendicite qui n'a rien de bacillaire.

J'observai avec mon collègue Brun, il y a quelques mois, un enfant atteint de coxalgie ancienne, qui fut pris d'une appendicite; la laparotomie démontra l'exactitude de notre diagnostic. J'ai eu l'occasion d'en observer un autre cas plus intéressant. Il s'agit d'un enfant primitivement atteint de troubles abdominaux qui avaient été attribués à une appendicite. Les accidents abdominaux s'amendent rapidement et font place à des troubles cérébraux qui me font nettement diagnostiquer une méningite tuberculeuse. Je pensais alors que les accidents abdominaux du début étaient causés par une plaque de péritonite bacillaire développée dans la fosse iliaque droite. Le malade mourut; et l'autopsie démontra que si le diagnostic de méningite tuberculeuse était exact, s'il y avait quelques granulations de péritonite tuberculeuse, il n'en existait pas moins une appendicite d'ancienne date. Il y avait autour de l'appendice d'anciennes adhérences qui limitaient une poche contenant du pus et dans laquelle était inclus un gros calcul phosphaté développé par couches concentriques, son extrémité supérieure étant fixée dans la cavité même de l'appendice, qui communiquait ainsi avec cette cavité intra-péritonéale.

Ces faits d'appendicite chez des tuberculeux ne sont donc pas si rares, puisque j'en ai observé deux cas, et que dans la Presse Médicale du 21 juin 1899, Cathelin en cite 5 observations. Il s'agit dans tous ces cas d'enfants en traitement à Berck pour des ostéopathies tuberculeuses, qui firent des appendicites aiguës. Tous ces malades ont été opérés, 4 ont guéri. L'auteur conclut très justement à la nécessité de l'intervention précoce chez ces malades.

Dans certains cas, le diagnostic peut être fait, comme chez le malade que j'ai observé avec Brun, en se basant sur la localisation de la douleur moins nettement limitée à la région de l'appendice. Mais c'est avec celle de Broca la seule observation que j'ai pu trouver, où le diagnostic ait été formulé nettement. S'il y a eu des accidents abdominaux antérieurs à la crise pseudo-appendiculaire, ils sont ordinairement moins nets, plus vagues que les crises d'appendicite à rechute : ils ont souvent été suivis d'une augmentation persistante du volume du ventre. C'est ainsi que dans sa troisième observation, où l'histoire du malade ressemblait à celle d'une appendicite à rechute. Broca fit le diagnostic de péritonite bacillaire probable, qui fut confirmé par la laparotomie.

Il n'en est pas moins vrai que le diagnostic formel est toujours, en pareil cas, impossible. On ne peut que formuler des réserves, quand les antécédents du malade présentant des manifestations morbides dont la nature tuberculeuse peut être affirmée ou suspectée, les symptômes n'ont pas la netteté qui caractérise habituellement le tableau clinique de l'appendicite. Ce ne sont que des nuances, et encore manquent-elles le plus souvent ; l'erreur est alors impossible à éviter.

Si le diagnostic est trop souvent impossible, le traitement ne diffère pas dans l'une et l'autre éventualité. Eteindre la poussée aiguë par le traitement médical qui est le même, quelle que soit la nature des accidents péritonéaux. Intervenir plus ou moins rapidement par la laparotomie suivant l'état du malade. Cette intervention est alors le plus souvent heureuse (faits de Broca, de Brun, de Lejars, de Tuffier, de Moizard),

Presque toujours les chirurgiens reconnaissant une péritonite tuberculeuse, se sont bornés à drainer le péritoine, sans enlever l'appendice qu'ils avaient reconnu sain, ou qu'ils n'avaient pas même vu. Dans mon observation, l'appendice, qui était manifestement tuméfié, fut enlevé, et l'examen histologique démontra qu'il y avait une véritable appendicite tuber-

Digitized by Google

culeuse, avec cellules géantes et follicules tuberculeux développés dans les parois sclérosées de l'appendice. A ce point de vue purement anatomique, cette observation me semble particulièrement intéressante.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus

Par L. Gustave Richelot

Dans la chirurgie du cancer, il faut savoir nous borner. Estimons nous heureux de sauver quelques femmes et de prolonger des existences par un acte empirique, faute de posséder le secret du mal et son remède. Ce n'est pas la chirurgie qui trouvera la guérison du cancer, et il est fort douteux que la médecine y réussisse par l'invention d'un sérum et l'atténuation d'un microbe introuvable. Peut être seulement les progrès de l'hygiène et du régime nous feront-ils un jour moins nerveux, moins arthritiques, moins exposés aux troubles trophiques, aux anarchies cellulaires, aux scléroses, aux néoplasmes de toutes sortes.

Ces quelques mots résument toute ma pensée sur la valeur du traitement chirurgical du cancer utérin. Ils traduisent notre habituelle impuissance à triompher de cette cruelle affection, mais ils font entendre que nos efforts si précaires peuvent être cependant récompensés.

En abordant cette question, que j'aurai à peine le temps d'effleurer, je me propose, non de décrire des procédés et des nuances d'exécution, mais de comparer entre elles des méthodes, afin de montrer dans quelles conditions et dans quelle mesure l'intervention peut donner de sérieux résultats. Au lieu de ressasser les détails du manuel opératoire, il sera plus utile de chercher dans quel esprit nous devons aborder la cure chirurgicale d'un cancer de l'utérus.

Nature et évolution du cancer utérin. — Pour éviter de marcher à l'aventure, il faut nous demander d'abord sur quel terrain nous sommes. Un mot seulement — sans aucune prétention à traiter le sujet en détail, et sans perdre de vue la région pelvienne — sur la nature et l'évolution du cancer.

La théorie parasitaire est aujourd'hui en honneur; presque tout le monde y croit ou voudrait y croire. Elle est simple, elle séduit l'esprit, elle est d'accord avec le courant qui nous entraîne depuis quelques années. Elle fait luire l'espoir des guérisons définitives, en donnant au cancer les apparences d'un accident, d'un ennemi survenu par hasard et qu'on peut détruire en entier, sans retour; aux uns elle inspire « une confiance absolue, inébranlable dans le traitement opératoire des tumeurs malignes », aux autres elle permet d'entrevoir le sérum libérateur. Malheureusement, les auteurs se sont épuisés en efforts inutiles pour découvrir le microbe; les fameuses coccidies sont des cadavres ou des débris de cellules dégénérées; d'après les travaux les plus récents, les tumeurs sous-cutanées ou parenchymateuses provoquées chez les animaux par l'inoculation des cultures virulentes de blastomycètes, réputées capables de produire cancers et sarcomes, ne présentent rien qui ressemble à un néoplasme épithélial ou conjonctif, ce sont des nodules inflammatoires, des granulomes analogues à ceux qu'on trouve dans diverses maladies parasitaires. Quant à l'opinion des cliniciens, elle repose sur des bases bien fragiles : on a vu en quelques années ou quelques mois plusieurs cancers dans la maison, plusieurs le long d'un cours d'eau; tandis que le village était sain, il y en avait à la lisière du bois. Les auteurs qui ont fait ces remarques ne nous disent pas si l'eau est plus dangereuse que l'arbre. Celui-ci, toutefois, semble avoir la préférence; les galles des végétaux sont leurs tumeurs malignes, certains parasites connus les engendrent... et l'imagination se met en campagne sur des analogies grossières et de vaines hypothèses.

La théorie parasitaire n'a rien, au fond, qui m'inquiète; car, fût elle solidement établie, elle ne ferait pas de l'organisme un terrain neutre, incapable de modifier l'évolution du cancer, de précipiter ou de retarder sa marche. Qu'on me la démontre, et demain j'y croirais; mais je reste fidèle, jusqu'à nouvel ordre, à la doctrine qui fait de la tumeur maligne un trouble nutritif indépendant des causes extérieures.

Le cancer est une prolifération atypique des cellules épithéliales qui, au lieu d'évoluer naturellement vers la lumière des conduits excréteurs, subissent une véritable « désorientation », pullulent en tous sens, emprisonnent des globes épidermiques, retiennent les produits d'élimination, progressent dans les parties voisines en comprimant et atrophiant les éléments sains. On cherche le parasite; mais c'est elles qui, une fois l'impulsion donnée, jouent le rôle de parasites pour ainsi dire autochtones à l'égard des tissus de l'organisme, et le contaminent par deux procédés : d'une part, elles envahissent de proche en proche en créant autour d'elles une « zone de transformation »; d'autre part, elles vont au loin, par les vaisseaux lymphatiques, former des tumeurs secondaires, histologiquement pareilles à la tumeur primitive.

C'est fort bien, direz-vous, mais qui donne l'impulsion? Et devant la faillite actuelle, sinon définitive, de la théorie microbienne, où trouver la cause

Digitized by Google

d'inhibition des justes lois qui régentent la société cellulaire? Je réponds : dans l'organisme.

Quand Virchow soutenait l'origine irritative banale du carcinome, il avait à combattre les vieilles écoles, aux yeux desquelles tumeur primitive, tumeurs à distance et cachexie étaient, au même titre, l'expression de la « diathèse » ; et la diathèse cancéreuse était une maladie formelle, une dyscrasie contre laquelle nous restions impuissants. Il luttait pour le cancer primitivement local et la « dyscrasie deutéropathique ». Aujourd'hui, le cancer primitivement local, l'infection secondaire et les métastases sont des points hors de discussion. Mais les faits acquis ne suppriment pas la notion de cause, et Broca avait raison, dans son Traité des tumeurs, de reprendre le mot diathèse, d'en rectifier le sens, et de désigner par lui, non plus une maladie générale créant des localisations, mais la disposition de l'organisme à engendrer la néoplasie.

Cette disposition est pour moi l'évidence même; il y a un terrain pour le cancer. J'en trouve une preuve dans les liens qui le rattachent, comme l'a vu autrefois Bazin, aux affections groupées sous le vieux nom d'arthritisme, et dans l'hérédité, qu'il est si facile de toucher du doigt. Cent fois j'ai vu le cancer et les maladies arthritiques se transmettre, alterner, coïncider de façon telle qu'il me faudrait un bien grand scepticisme pour ne pas ranger la tumeur maligne dans une famille pathologique où elle trouve si naturellement sa place.

J'entends bien qu'on nous dit : « Si le cancer est une maladie constitutionnelle, aucun procédé chirurgical ne peut en amener la guérison. » Qu'en savez-vous? Sans doute, j'aimerais mieux qu'il n'eût pas de racines dans l'économie, et qu'on pût le guérir à coup sûr, à la seule condition de l'enlever totalement.

Je reconnais même que la récidive est le plus souvent une simple continuation du mal, après une ablation incomplète; cela est vrai surtout pour les repullulations rapides. Mais rien n'empêche qu'il y ait de véritables récidives, survenant plus tard sur le lieu même ou à distance, et constituées par du cancer nouveau. Seulement, qui vous dit que ce nouveau cancer apparaîtra? Qui vous dit que la tumeur, enlevée en totalité, se reproduira fatalement? La récidive, au sens propre du mot, est éventuelle et peut ne venir jamais. Et c'est justement cette action mystérieuse et diverse de l'économie qui règle sur place le degré de l'anarchie cellulaire, modifie son évolution et détermine son pronostic. C'est elle qui nous donne prise contre le mal, mais nous trace d'infranchissables limites; c'est elle qui assure d'emblée notre défaite ou consolide nos succès. Revenons, pour nous en convaincre, à la région qui nous intéresse.

Il n'est pas douteux que la marche du cancer de l'utérus est très variable, et que nous n'avons aucun élément certain pour la prévoir. Les différences que les auteurs signalent entre les formes ulcéreuses, végétantes, infiltrées, superficielles, cavitaires, sont des apparences vaines; leurs opinions sur les nuances de la malignité sont contradictoires. J'admets, comme tout le monde, que l'évolution est plus rapide chez les très jeunes femmes; encore n'est-ce pas une règle invariable. Mais ce qui est frappant, c'est l'allure absolument opposée que peuvent avoir, chez des femmes d'âge analogue et sans raison apparente, deux cancers ayant la même structure et siégeant au même point. J'ai opéré des épithéliomes du col intéressant à peine le tiers ou la moitié d'une des lèvres, et qui certainement n'étaient pas très loin de leur début; le mal s'est reproduit à bref délai. J'en ai opéré d'autres qui avaient infiltré, raccourci, excavé le museau de tanche, et qui m'ont donné des succès inespérés. Exemple : une femme de 32 ans dont j'ai rapporté l'histoire au dernier congrès de chirurgie; elle n'avait plus qu'un bourrelet cancéreux au fond du vagin, avec une zône d'envahissement sous le bas-fond de la vessie, et, depuis dix ans qu'elle est opérée, elle se porte bien. Voilà un cancer qui avait eu le temps de franchir l'utérus et de se répandre au dehors; mais sa marche était lente, sa prolifération peu active, sans doute il avait mis longtemps à détruire le col sans révéler sa présence, et, malgré l'étendue et la profondeur de l'ulcère, il n'avait pas envoyé de cellules dans les ganglions. Tels sont les cas heureux, malheureusement trop rares, qui nous laissent le temps d'agir. Mais pourquoi ces différences?

Un autre fait remarquable et bien connu, c'est le pronostic meilleur des cancers du corps. Ils durent des années, ils restent beaucoup plus longtemps circonscrits et opérables. Pourquoi? L'anatomie de la muqueuse et de la paroi utérine, la disposition des lymphatiques ne nous disent pas comment il se fait que l'utérus, profondément dégénéré à sa face interne et réduit à une coque mince, ne soit pas toujours entouré d'une zône en puissance de cancer et de ganglions infectés.

En somme, il est constant que le cancer utérin traverse deux périodes, qu'il reste enfermé dans l'utérus avant d'envahir les régions voisines, et que la durée de ces deux périodes est soumise à des conditions inconnues, sans doute à l'influence du « tempérament morbide ». Or, la première, celle qui nous intéresse le plus, est malheureusement trop courte, mais nul ne peut la mesurer, et maintes fois, peut-être elle nous paraîtrait assez longue, si nous pou-

Digitized by Google

vions la surprendre à son origine. Cela dit, quel est notre but, et quelles peuvent être nos prétentions?

But et valeur de l'intervention chirurgicale. — Le but rêvé, c'est d'intervenir pendant la première période, avant que la moindre cellule cancéreuse ait cheminé hors de l'utérus. Nous pouvons le faire en opérant très près du début, nous pouvons le faire en arrivant aussi un peu plus tard, si la chance nous fait tomber sur un cancer à marche lente. Alors, qu'arrivera-t-il N'ayant pas laissé trace de tissu morbide, nous n'avons rien à redouter de notre ennemi ordinaire, la récidive par simple continuation. Et nous sommes bien près de tenir la guérison radicale; nous la tiendrions, en effet, sans l'arrière-pensée d'une prédisposition de l'organisme qui peut n'être pas épuisée et reproduire un nouveau cancer à plus ou moins longue échéance. Mais ce n'est là, je le répète, qu'une éventualité; et voilà pourquoi, tout en avouant l'instabilité de nos victoires, il nous est permis de croire au succès définitif.

Telle était, il y a quinze ans, l'idée qui nous inspirait; prévenir l'envahissement, et non le poursuivre. Tel est aujourd'hui encore, le véritable traitement du cancer utérin. Hors de là, tout est précaire, incertain, ou condamné d'avance.

Non, certes, que l'intervention soit toujours sans portée, quand nous opérons des utérus bien mobiles et que, malgré notre diligence, nous arrivons trop tard. Que veulent dire ces guérisons prolongées, qui durent trois ou quatre ans et finissent par une récidive? On peut admettre à tout propos l'éclosion d'un nouveau cancer. N'y a-t-il pas dans ces reproductions tardives, la preuve que l'invasion était commencée, mais que, la suppression de l'utérus l'ayant arrêtée de bonne heure, les cellules émigrées sont restées là, sommeillant au sein des tissus? Je conçois que, pendant ces longues survies qui donnent l'illusion de la santé, mais qui ne sont pas indéfinies, les éléments épithéliaux restés seuls et sans affluence nouvelle mènent une vie moins active, et provoquent dans leur voisinage une transformation lente, insensible, un désordre longtemps inaperçu. Et j'imagine que cela arrive quand l'émigration des cellules a été discrète avant l'intervention, et aussi quand l'organisme le veut bien, quand ses tissus, leur mode de nutrition, leur degré de résistance imposent aux éléments nuisibles cette lenteur d'évolution. Voilà pourquoi nous avons des succès relatifs, qui sont loin d'être sans valeur, dans quelques uns des cas où l'envahissement nous a devancés.

Il y a plus encore : l'invasion commencée et visible n'est pas toujours une raison pour perdre courage. J'ai parlé des cancers un peu trop mûrs qui m'ont donné des guérisons persistantes. Presque toujours, ces cols détruits, affleurant les culs-de-sac, supposent une infiltration déjà étendue et profonde; comment reconnaître ceux qui, par exception et par bonheur, échappent à cette règle? Nous n'avons qu'un signe, et encore nous fait-il bien souvent défaut : c'est le rapport entre l'étendue actuelle des lésions et la durée de l'évolution antérieure. Ce fait est le seul qui puisse nous fournir une apparence de pronostic et nous rendre hardis dans l'exécution. Trop souvent, la femme ne peut rien nous dire sur le début de son mal; mais quand elle a pu être observée, et quand cette période d'observation a duré de longs mois, fût-elle sur la limite des cas opérables, elle peut encore être sauvée ou guérie pour longtemps; la lenteur constatée de l'évolution nous donne l'espoir que l'envahissement est minime, que nous pourrons l'atteindre et le dépasser, qu'il y a seulement infection de proche en proche et non transport des cellules à distance. Voilà pourquoi il nous est bien difficile de nous en tenir au précepte étroit de n'opérer que des cancers très petits; voilà pourquoi il nous arrive de risquer, sans légèreté ni aveuglement, des opérations qui n'ont pas grandes chances de succès, d'opérer un peu plus souvent que ne paraît l'indiquer l'extrême prudence, pour tomber sur les cas heureux qui voudront bien se présenter.

Ces réserves faites, j'insiste encore : l'opération vraiment curative est celle qui précède toute infiltration hors de l'utérus. Et nous la faisons de temps à autre, car je crois à quelques guérisons. La situation n'est-elle pas la même pour tous les organes? Et quand nous sommes réduits à poursuivre le cancer dans les voies lymphatiques, ne devons-nous pas avouer que nous sommes débordés et que nous continuons, par devoir, une lutte inégale? Car il ne faut pas nous leurrer sur la valeur des extirpations ganglionnaires. Dans quelle région — cou, estomac, rectum — avons-nous la prétention de supprimer tous les ganglions atteints, toutes les parcelles de tissus qui peuvent recéler un espace lymphatique et des cellules cancéreuses? La mieux disposée pour seconder nos efforts, la région mammaire, nous donne elle-même trop souvent la preuve de notre impuissance. Ne perdons pas de vue ces idées, et nous jugement mieux, tout à l'heure, les méthodes rivales.

L'Hystérectomie vaginale. — *Sa raison d'être. Sa bénignité. Son efficacité relative.* — L'hystérectomie vaginale est fort dénigrée aujourd'hui. Comme s'ils lui en voulaient de n'avoir pas guéri miraculeusement tous les cancers, beaucoup de bons esprits la condamnent et se laissent entraîner par le mirage d'une méthode plus parfaite. Plusieurs, négligeant les faits qu'ils n'ont pas vus de leurs yeux, prétendent qu'elle n'a jamais rien valu, qu'elle est irration-

Digitized by Google

nelle, puisque les ganglions lui échappent, et mérite d'être oubliée au même titre que les amputations partielles d'autrefois.

Il y a, dans cette opinion excessive, inexpérience des faits et manque de doctrine. Tandis que les sections du col, même au-dessus de l'insertion vaginale, laissent persister l'infiltration qui a cheminé à travers l'isthme et touché la muqueuse utérine, tandis que les sections, même précoces, à l'examen histologique, laissent voir entre les faisceaux musculaires des boyaux de cellules cancéreuses divisés par le bistouri et dont la suite est restée sur le moignon, par l'extirpation totale nous enlevons toutes ces causes de récidive immédiate, tout ce qui s'est propagé de bas en haut, tout ce qui n'a pas franchi le tissu utérin, peut-être même, en détruisant les annexes et la base du ligament large, l'envahissement à son début. Ainsi notre intervention est raisonnable et supérieure eux sections du col, en même temps qu'elle est modeste et reconnaît les limites qui lui sont imposées par la force des choses : elle nous promet des succès durables dans les cas où les cellules encore peu nombreuses, auront émigré discrètement vers les parties voisines et voudront bien y sommeiller longtemps (survies prolongées), dans ceux plus rares où nous aurons la chance d'intervenir avant que les vaisseaux lymphatiques aient porté hors de l'utérus aucun germe de repullulation (guérisons définitives). En d'autres termes, elle répond au précepte que j'énonçais tout à l'heure, « prévenir l'envahissement, non le poursuivre », et aux considérations que je résume dans cette autre formule, « profiter de la lenteur d'évolution et de la résistance organique. » J'ai contribué jadis à vulgariser l'hystérectomie vaginale, et je compte encore parmi ses défenseurs, parce qu'elle est douée d'un pouvoir malheureusement restreint mais très nettement défini, parce qu'elle est, quoi qu'on en puisse dire, une méthode *rationnelle*.

En même temps, l'opération est *bénigne*. Il ne faut pas s'en tenir à la gravité relative des deux ou trois premières années, alors que nous étions novices, mal outillés, mal renseignés sur les signes de l'envahissement. Il ne faut pas s'inspirer des chirurgiens qui aujourd'hui font des opérations hasardées, encore moins de ceux pour qui la voie vaginale est pleine d'écueils et de mystères.

Les résultats sont variables. Toutes les séries sont courtes, car, si nous voyons un grand nombre de cancéreuses, il y en a fort peu qui nous arrivent à temps. J'éviterai les énumérations et les statistiques; pour ma part, j'ai 100 cas avec 6 morts, et les chiffres que nous avons réunis, Barozzi et moi, pour un ouvrage actuellement sous presse, donne une mortalité moyenne de 7, 8 pour cent. Les partisans irréductibles de la voie haute ont mis la main avec empressement sur une ou deux séries défectueuses — 17 et 19 pour cent — qui appartiennent à d'excellents opérateurs; c'est mal argumenter. Quelques faits malheureux, entre des mains habiles montrent les dangers qui guettent le chirurgien lorsqu'il est surpris par un diagnostic difficile ou cherche à tirer parti d'un cas douteux, mais, pour tout homme qui étudie ses observations plutôt que des relevés pris en bloc, ils s'effacent devant la simplicité merveilleuse et la réussite presque certaine de toutes les opérations qui portent sur des tumeurs bien circonscrites et des utérus bien mobiles, les seules, après tout, sur lesquelles il soit prudent de compter pour avoir des résultats satisfaisants.

Enfin, l'hystérectomie vaginale, en dépit de ses détracteurs, s'est montrée *efficace;* elle a donné des survies prolongées et des guérisons persistantes. Pensez toujours aux chiffres peu élevés des auteurs, qui commencent à 12 ou 15 pour dépasser rarement la centaine, et vous jugerez mieux ce que vaut le petit nombre des cas heureux. Les survies de 3 à 7 ans ne sont pas rares ; Bouilly avait en 1897 une guérison temporaire de 5 ans, plusieurs de 4 ans 1/2 et 3 ans ; en 1894, j'en avais une de 5 ans 1/2. Mais ce qui nous intéresse encore davantage, c'est l'absence de récidive notée par l'auteur au moment où il écrit. Ott (de Saint-Pétersbourg) a des guérisons persistantes après 12, 11, 10, 8 et 6 ans; Landau après 9 ans 1/2, 8, 7, 6, 5, 4 ans., etc,; Le Dentu et Pozzi après 6 ans, Quénu, Terrier et Hartmann, Routier après 5 ans : Olshausen, Fritsch, Lauwers ont eu des succès analogues. A l'heure actuelle, voici mes résultats :

J'ai deux malades anciennes, dont la première a vécu douze années sans récidive et est morte d'une hémorrhagie cérébrale; la seconde est toujours bien portante, elle a 13 ans 1/2 de guérison. Les suivantes, que j'ai sous la main, vivent en bon état depuis 11 ans, 10 ans, 9 ans, 7 ans, cinq ans, 4 ans passés, 4 ans, 3 ans 1/2, 3 ans; je laisse de côté les plus récentes. J'en ai perdu de vue, bien portantes, après 5 ans, 4 ans et 3 mois, 4 ans, 3 ans et 10 mois, 3 ans 1/2. Et je note en passant que, parmi ces malades qui ont si largement bénéficié de l'intervention, il y avait un col « très rongé, presque détruit », mais avec mobilité parfaite de l'utérus; un col « très raccourci, très excavé » ; un col « friable et très infiltré » ; un cul-de-sac postérieur « légèrement envahi ».

On nous dit « ce n'étaient pas des cancers ! » et on accuse ainsi de légèreté un nombre imposant de chirurgiens qui ont cependant l'habitude d'étudier leurs malades et d'examiner leurs pièces. Le diagnostic du cancer utérin n'est pas difficile; presque toujours il est évident, même dans les cas franchement opérés

Digitized by Google

bles. Jamais, sans parler des autres signes, la rénitence du col infecté, déchiré ou sclérosé, ne simule la dureté ligneuse et la surface bosselée du cancer; un doigt tant soit peu exercé ne peut guère s'y laisser prendre. Mais au début, quand l'épithélium naît à peine? Ceux qui l'ont vu à cette période ont, en vérité, beaucoup de chance. Et les novices? Nous l'avons tous été, et tous nous avons pris des métrites pour des cancers; tous nous pouvons être encore trompé, une fois par hasard, par un cas exceptionnel. Mais cela veut-il dire que la statistique en est faussée? La question n'est pas de savoir si un observateur bien exercé peut hésiter quelquefois sur les apparences cliniques, si même l'histologie peut, sur de rares spécimens, avoir quelques peines à se prononcer. Il est toujours facile avec de la bonne foi, d'éliminer les cas douteux ou négatifs et de publier des chiffres incontestables. Si, enfin, quelques erreurs connues du microscope font hésiter votre jugement, dites quel trouble infiniment petit peut apporter dans nos calculs cette inperfection de la science humaine, quand nous voyons partout les chirurgiens les plus attentifs et les mieux outillés nous apporter des faits heureux en minorité, sans doute, mais en nombre tel que nous serions fous d'y voir un motif de découragement.

Ce que je dis de la métrite, je le dis à fortiori des autres causes d'erreur. Le chancre du col utérin est inconnu, je pense, de la plupart d'entre nous; Fournier, dans son immense pratique, m'a dit n'en avoir jamais vu. J'ai enlevé l'utérus, en 1894, pour un col tuberculeux; il ressemblait à une métrite banale, mais nullement à un épithéliome. Vitrac a publié une observation de « tuberculose végétante du col utérin simulant le cancer »; mais la description ne répond pas au titre, car « la consistance de la tumeur était élastique, souple, donnant au doigt explorateur la sensation d'une surface muriforme et veloutée »; l'examen histologique a montré les tubercules, et aucune erreur n'a été commise. Une « hypertrophie glandulaire utéro-vaginale simulant une tumeur maligne » est décrite par Sinéty; « la consistance fait penser à un amas d'œufs de Naboth, l'aspect des kystes multiples constituent la tumeur, leur couleur blanc grisâtre, leur transparence, ne laissent aucun doute sur la nature de la lésion ». Encore un titre abusif, et une erreur qui n'a pas été faite.

Je pourrais continuer, mais pourquoi chercher tant d'arguments? Certains faits tranchent la question. J'opère une malade en 1886; au bout de cinq ans et demi elle est bien portante. Cette guérison prolongée vous paraît suspecte? Rassurez-vous, la malade meurt de récidive à la fin de la sixième année.

Autre exemple : une femme avait subi l'amputation du col; après deux ans il y eut récidive; Ott lui fit alors une hystérectomie vaginale, et six ans plus tard la guérison ne s'était pas démentie. Etait ce oui ou non, du cancer?

Si encore vous contestiez les seules « cures radicales », on pourrait s'entendre. Quelques auteurs exagèrent manifestement quand ils parlent de guérison définitive après trois ans révolus; même après cinq ans, même plus tard si vous voulez, même toujours, évitons d'employer ce mot, bien que je sois fort tenté de considérer comme telles les guérisons qui durent depuis neuf, dix et douze ans. Mais nier les « cures prolongées » et les bienfaits de l'hystérectomie vaginale après des cancers typiques, nettement démontrés par la clinique et par l'histologie, c'est tout bonnement nier l'évidence. Et puisqu'en faisant toutes les concessions, en admettant les erreurs possibles, je puis citer, sans l'ombre d'un doute, au moins 18 malades sur cent à qui j'ai amplement rendu service et dont plusieurs semblent guéries définitivement, je dis que nos prévisions d'autrefois étaient légitimes, que seuls peuvent se dire désillusionnés ceux qui avaient rêvé l'impossible, et qu'enfin, malgré les défections et les plaidoyers tendancieux, la cause de l'hystérectomie vaginale n'est pas encore perdue.

(A suivre.)

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Traitement de l'eczéma récidivant de la lèvre supérieure (Brocq). — On sait que, pour que le traitement de l'eczéma récidivant de la lèvre supérieure soit efficace, il faut traiter non seulement la lèvre, mais aussi la partie antérieure des fosses nasales. Pour arriver à ce but, M. Brocq prescrit souvent le traitement suivant. Tout d'abord on fait aspirer matin et soir, de manière à ce qu'elle pénètre profondément dans les fosses nasales, un peu de la pommade suivante :

Thiol	0 gr. 50 centigr.
Acide borique porphyrisé	5 grammes
Menthol	0 gr. 04 centigr.
Vaseline pure	30 grammes

Puis on fait laver la lèvre supérieure avec de l'eau boriquée aussi chaude qu'on peut la supporter. On touche ensuite les points malades avec de l'alcool camphré et pendant la nuit on applique la pommade suivante :

Oxyde jaune d'hydrargyre	0 gr. 75
Vaseline pure	20 grammes

Le jour on applique une autre pommade telle que la suivante :

Résorcine	0 gr. 10
Acide salicylique	0 — 25
Oxyde de zinc	3 grammes
Lanoline	6 —
Vaseline	12 —

(Journ. de méd. et de chir. prat., 1899.)

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Résultats éloignés des traitements opératoires de l'hypertrophie prostatique

Rapport présenté au XIIIe Congrès international de Paris

par Félix Legueu

Chirurgien des Hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Les éléments dont se compose la maladie constituée par l'hypertrophie de la prostate, sont multiples. Leurs rapports n'ont pas été toujours compris de la même façon, et suivant les théories en cours, des opérations très différentes ont été proposées et pratiquées pour traiter la même affection. Je ne m'arrêterai pas à signaler et à étudier les tentatives louables peut-être, mais qui défectueuses dès le principe, n'ont eu qu'une fortune éphémère. Au contraire, me plaçant à un point de vue plus élevé, je ne suivrai que les grandes lignes, j'étudierai les méthodes plus que les procédés opératoires, et je chercherai à dégager des résultats éloignés qu'elles ont donnés une orientation pour l'avenir.

Les opérations qui s'adressent à l'hypertrophie prostatique sont de trois ordres : 1° Celles qui ont pour but la dérivation des urines, ou le drainage vésical; 2°, celles qui se proposent de modifier la prostate en agissant sur les testicules ; 3° celles qui cherchent à modifier directement la prostate par la section ou la suppression de l'obstacle.

I. — Drainage Vésical, Cystostomie

En présence d'un obstacle prostatique reconnu ou supposé inattaquable, on a pratiqué et on pratique encore la dérivation des urines ou le drainage vésical.

Cette opération s'exécute par la voie *périnéale* ou par la voie *hypogastrique*.

Par la voie périnéale, on aborde la vessie dans sa partie décline : mais qu'on fasse ici la *boutonnière périnéale de Thompson*, *la prostatomie périnéale* de Harrisson, c'est un drainage temporaire qui est établi ; son efficacité est à peu près toujours limitée à la période d'application, et il n'y a pas à envisager les résultats éloignés de ces opérations, malgré les bons résultats transitoires qu'elles ont donnés.

Par *la voie hypogastrique*, on peut aussi créer une voie de dérivation des urines ; dans ce but on fait l'abouchement de la muqueuse vésicale à la peau et la fistule a des chances de durer. Ce n'est plus une cystotomie, c'est la cystostomie, telle que Mac Guise et que Poncet nous l'ont apprise.

a) Pratiquée contre des *accidents généraux d'infection urinaire*, cette opération ne soulève que peu d'objections ; elle constitue dans les formes suraiguës et aiguës, une ressource précieuse, malgré la gravité des circonstances. Dans les *formes chroniques*, elle intervient encore et très heureusement, mais seulement après l'échec de la sonde à demeure : et celle-ci réussit si souvent à Paris que nous n'avons que de rares occasions de recourir à la cystostomie dans ces conditions.

b). Mais la cystostomie est proposée et pratiquée par Poncet pour remédier aux *accidents locaux de l'hypertrophie prostatique* ; elle est faite pour parer aux difficultés et aux nécessités du cathétérisme, pour substituer à la vie de sondage un état plus compatible avec les exigences sociales ou professionnelles ; elle est faite quoique accessoirement pour amener la diminution du volume de la prostate. Jusqu'où et dans quelle proportion la cystostomie a-t-elle rempli son programme ?

J'emprunte aux observations de Poncet lui-même, les observations qui vont me servir — 35 malades cystostomisés par Poncet ou par ses élèves ont été suivis au moins six mois et au maximum neuf ans — Ces cystostomisés se répartissent en trois groupes :

1° *Il y en a 14 qui sont absolument incontinents*, ils perdent continuellement leurs urines par leur méat sus-pubien et doivent porter un appareil.

2° *Il y en a 7 qui sont des demi-continents*, c'est-à-dire que tantôt ils retiennent leurs urines et tantôt ils les perdent involontairement. D'autres urinent toutes les dix minutes par leur méat et cet état équivaut bien à l'incontinence.

3° *Enfin il y en a 14 qui sont continents*, c'est à-dire que chez eux la miction ne s'effectue qu'a certains intervalles réguliers, toutes les trois ou quatre heures par exemple Elle se fait ou par la fistule seule, ou à la fois par la fistule et par l'urètre. Mais il est aussi des malades chez lesquels la miction ne se fait ni par le méat, ni par l'urètre, ils sont obligés de se sonder par la fistule à chaque besoin.

Et en somme, après comme avant, le cystostomisé est un infirme : l'opération a substitué une infirmité à une autre. La seconde vaut-elle mieux que la première ?

Lorsque la continence est parfaite, lorsque la miction par la fistule se fait volontairement, l'infirmité est atténuée mais cette continence, on ne peut l'obtenir à volonté. Car si nous connaissons bien quelques-unes des conditions qui l'assurent, il n'est aucun procédé qui puisse se vanter de la réaliser Au contraire pour les malades incontinents, l'infirmité s'accroît d'un orifice anormal, toujours souillé, mal protégé par un appareil délicat à appliquer et difficile à entretenir.

Par ailleurs, la vessie se vide mal, il y a stagnation permanente, des calculs se forment. Je comprends dès lors que tous ces malades qui pouvaient avant la cystostomie se

Digitized by Google

sonder facilement, regrettent leur état antérieur et réclament avec insistance la fermeture de leur fistule. Et quant à ceux, qui étaient avant la cystostomie, condamnés à des sondages difficiles, quelquefois impossibles, parfois hémorrhagiques, je ne suis pas persuadé que la sonde à demeure n'aurait pas, chez quelques-uns au moins, assoupli le canal, régularisé le trajet et décongestionné la prostate.

C'est dire que pour nous, la cystostomie reste une ressource ultime et toujours palliative.

II. — Opérations Testiculaires

La castration chez l'animal détermine l'atrophie de la prostate : le fait est indiscutable, les expériences de White, de Kirley, de Legueu, de Bazy et d'Albarran l'ont établi.

Mais cette influence atrophique s'exerce-t-elle dans les mêmes proportions sur la prostate malade et hypertrophiée?

White, Griffith, Kelsy, Mansell Moullin, Watson, de Rouville, Albarran et Motz, ont examiné à ce point de vue la prostate de malades qui étaient morts quelque temps après la castration et n'y ont vu aucune trace d'atrophie. Mais la période de temps qui s'était écoulée entre l'opération et l'autopsie n'était que de quelques semaines ; il n'est pas étonnant que l'atrophie n'ait pu se produire. Brysen cependant a examiné la prostate, quatorze mois après la castration et n'y a rien vu qui ressemble à de l'atrophie. Durant ce laps de temps, la prostate pouvait au moins commencer sa régression Mais c'est là un fait unique, on ne saurait généraliser : mieux vaut reconnaître que les faits anatomiques ne sont pas suffisants pour juger la question et contentons-nous des documents cliniques.

Pour apprécier sur le terrain clinique l'influence de la castration dans l'hypertrophie de la prostate, il y a avantage à étudier successivement les modifications qui se passent du côté de la prostate et les résultats thérapeutiques.

1° *Action sur la prostate.* — Tous les faits sont d'accord pour signaler une modification réelle et précoce dans le volume de la prostate après la castration. Immédiatement après l'opération, la prostate diminue de volume; cette diminution, le toucher rectal, l'explorateur ou la sonde permettent de le constater dans les quelques jours ou les quelques semaines qui suivent l'opération. Elle est cependant trop précoce pour relever d'une atrophie vraie, histologique : elle résulte exclusivement de la décongestion. Elle s'observe en effet surtout avec les prostates molles et vasculaires, on les voit surtout chez les malades opérés au cours de leur première attaque de rétention. Au contraire, ce premier bénéfice fait même défaut, on reste inappréciable sur les prostates scléreuses et fermes, ou chez les malades opérés en dehors de toute phase aiguë

Que devient la prostate dans les années qui suivent la castration. L'atrophie vraie, réelle, complète de la prostate est exceptionnelle ; ce qu'on observe habituellement, c'est une diminution de volume ou une modification dans la consistance qui devient plus molle, moins ferme.

Sur 68 prostates examinées cliniquement, de 8 mois à 4 ans après l'opération, je trouve en effet :

Atrophie évidente	4 cas
Diminution de volume	41 cas
Etat stationnaire ou augmentation.	23 cas
	68 cas

L'atrophie s'observe surtout sur les prostates à hypertrophies glandulaires : au contraire, celles dans lesquelles domine le tissu fibreux ne subissent que de faibles modifications. L'action atrophique de la castration quoique incontestable dans certains cas est donc inconstante et incertaine.

Cependant le bénéfice thérapeutique n'est pas nécessairement proportionnel à l'atrophie de la prostate : le rapport entre le facteur prostate et l'élément vésical n'est pas fixe, et l'étude des résultats thérapeutiques va nous montrer des améliorations sérieuses, malgré que la glande ait conservé à peu près son volume primitif d'hypertrophie.

2° *Action sur la vessie. — Résultat thérapeutique.* — Il est facile d'apprécier les résultats immédiats de l'opération : les observations sont nombreuses, les documents sont précis. Et on peut dire sans exagération que dans la grande majorité des cas, il se produit dans les quelques jours ou les quelques semaines qui suivent l'opération, une amélioration très appréciable. Cette amélioration rapide se manifeste chez les rétentionnistes complets comme chez ceux qui n'ont encore que de la rétention incomplète; il est pourtant des degrés dans cette amélioration.

Dans les rétentions chroniques incomplètes, on voit le résidu diminuer. la contractilité vésicale reparaître ; comme conséquences, les sondages sont moins fréquents ou deviennent inutiles, la cystite s'améliore ou disparaît.

Dans les rétentions chroniques complètes, les résultats immédiats sont souvent aussi favorables. La contractilité vésicale reparaît, alors qu'elle était perdue depuis des années : la miction spontanée devient possible, la vessie se vide quelquefois complètement, plus souvent la rétention devient incomplète et les sondages peuvent être réduits à deux ou trois dans les vingt-quatre heures.

Mais ce ne sont là que des résultats immédiats et il est plus difficile d'apprécier exactement les résultats éloignés de la castration. On ne trouve pour les établir qu'un nombre de faits très inférieur. La plupart des observations sont publiées dans les quelques semaines, tout au plus dans les deux ou trois premiers mois qui font suite à l'opération et le chirurgien sous l'impression de résultats immédiats toujours favorables a une tendance naturelle à parler de guérison.

Au contraire, si on ne tient compte que des malades longuement suivis et pour lesquels la période d'observation a été au minimum de huit mois, on voit que les résultats éloignés ne sont pas toujours aussi favorables que les résul-

Digitized by Google

tats immédiats. Les malades alors se comportent de l'une ou de l'autre des trois façons que voici : 1° Les uns et ce sont les plus nombreux (60 0/0) continuent à bénéficier de l'amélioration primitive qu'ils ont ressentie à la suite de l'opération; ce sont des rétentionnistes complets qui ont passé à la rétention complète avec des résidus très diminués, avec comme conséquence des sondages rares, une prostate qui reste grosse; ce sont encore des rétentions incomplètes dont le résidu a diminué sans disparaître. Pour eux, le bénéfice, quoique minime se maintient : *ils restent améliorés.*

2° Les autres (30 0/0), perdent au bout d'un certain temps le bénéfice primitivement obtenu; ou continuent à s'aggraver, si l'opération n'avait rien donné immédiatement. Chez eux, la contractilité vésicale, qui avait reparu, diminue à nouveau : les sondages deviennent plus fréquents, la prostate reste stationnaire ou augmente, et les complications se surajoutent les unes aux autres. Il n'y a aucun bénéfice.

3° Enfin reste une troisième catégorie de malades; ce sont ceux qui marchent vers la guérison (10 0/0); chez eux, le bénéfice immédiat s'accentue progressivement, en même temps que la prostate diminue; la contractilité redevient parfaite et les sondages deviennent inutiles. Il est permis en somme de parler de *guérison.*

Malheureusement les malades qui composent cette dernière catégorie sont très rares : les rétentionnistes complets ou incomplets ne figurent dans cette catégorie que par quelques unités, et les seuls malades chez lesquels on observe cette vraie guérison, ce sont ceux qui ont subi la castration à la phase des troubles prémonitoires, c'est-à dire, soit à la période de dysurie, soit à l'occasion d'une première rétention aiguë; chez eux, la miction reparaît spontanée le soir ou le lendemain de l'opération; la vessie se vide et continue à se vider, la prostate diminue et s'atrophie, et ces malades sont mis à l'abri des accidents qui se seraient fatalement réalisés dans la suite.

Comment interpréter ces résultats?

La rapidité de l'amélioration dans tous les cas, l'indépendance qui existe en ce moment et se maintient plus tard entre l'amélioration fonctionnelle et le volume de la prostate, permet de penser que l'influence de la castration s'exerce d'abord sur l'élément vasculaire. L'action décongestive de la castration est immédiate et définitive, elle met le malade à l'abri des crises de congestion, qui jouent un si grand rôle dans l'évolution du prostatisme.

Puis en seconde ligne intervient l'action de la castration sur l'élément glandulaire : mais cette influence quoique incontestable et tardive, aléatoire est quelquefois nulle.

La castration agit encore, et le fait n'est pas douteux, sur la contractilité vésicale : comment et pourquoi? Est-ce une action directe, je ne saurais le dire : trop d'éléments sont en cause, dont beaucoup sont mal connus, pour qu'il ne soit pas permis de trancher ces hypothèses.

Les *indications* de la castration sont déjà et deviennent très restreints.

Au début, à la phase première des rétentions aiguës, la castration a une valeur réellement préventive et curative. Mais quels sont à cette période les malades qui consentiront à ce sacrifice excessif?

Ce serait cependant le meilleur moyen de permettre à la castration de donner tout ce qu'elle peut : car plus tard, elle n'est plus qu'une ressource palliative pour prévenir les orchites à répétition, pour prévenir et traiter les attaques de congestion avec hémorrhagie, et pour améliorer quelquefois l'état vésico-prostatique.

En parlant de la castration, j'ai eu en vue la castration double, la seule dont l'efficacité est établie : *la castration unilatérale* étant très inférieure.

Quant à *l'angioneurectomie* du cordon, qui fut mise en parallèle avec la castration, les observations ne me semblent pas encore suffisantes pour qu'il soit permis de dire qu'elle lui est supérieure

La résection des déférents, la vasectomie a eu un moment une certaine vogue et des observations longuement suivies nous permettent bien facilement de juger de sa valeur. La résection des déférents vient loin derrière la castration, sa valeur est presque nulle. Je suis d'autant moins suspect de partialité en formulant cette appréciation, que j'ai été un des premiers ici à étudier cette question au point de vue expérimental et appliquer sur l'homme cette opération.

En ce qui concerne l'influence de la vasectomie sur la prostate hypertrophiée, il n'est pas une observation, en effet, dans laquelle on ait noté une atrophie nette et évidente de la glande. On voit souvent la prostate diminuer de volume le lendemain ou dans les jours qui suivent l'opération, et cela surtout chez des malades opérés en pleine attaque de congestion avec rétention. Mais plus tard, à distance, on voit la glande reprendre son volume et continuer à s'hypertrophier.

En ce qui concerne les résultats vraiment thérapeutiques de la vasectomie, ils ne sont favorables que chez les congestifs ; chez eux, on voit comme après la castration, mais moins qu'après la castration, la contractilité vésicale reparaître et s'effectuer les mictions spontanées. Mais chez les rétentionnistes incomplets et surtout complets, suivis au-delà de huit mois, le bénéfice n'existe plus, s'il a jamais existé et le bilan de l'opération se résume à un insuccès absolu augmentation du volume de la prostate, difficulté de sondage rétention, cystite, calcul, etc.

Le seul bénéfice réel de la vasectomie et c'est aussi la seule indication qui lui reste, c'est de supprimer les orchites répétées dont souffrent si souvent les prostatiques qui se sondent

Nées d'une assimilation défectueuse et erronée, portée très haut par une faveur exagérée, les opérations testiculaires, malgré les améliorations qu'elles ont causées, verront peu à peu leurs applications se restreindre au profit des opérations directes jusqu'au jour prochain où elles

Digitized by Google

iront rejoindre dans l'oubli la méthode de Battey, la castration ovarienne appliquée au traitement des fibromes utérins.

III. — Opérations prostatiques.

A. *Prostatotomie.* — Avec la prostatotomie, j'aborde les opérations qui s'adressent directement à la prostate et se proposent de sectionner ou de supprimer l'obstacle.

La prostatotomie se fait surtout par la voie périnéale ; elle consiste suivant la technique de Harrison à dilater à l'aide du doigt l'urètre prostatique et a sectionner au bistouri l'obstacle dont le doigt constate la présence. Ensuite on draine par la mise à demeure d'une sonde de fort calibre et la brèche est ainsi maintenue longtemps ouverte. C'est peut-être à ce drainage surtout que sont dues les améliorations observées à la suite de cette opération. Mais la brèche se referme, l'obstacle se reproduit et l'amélioration définitive disparaît au bout de peu de temps.

Au lieu de passer par le périnée, Bottini reprenant en la modifiant l'idée de Mercier, fait, au galvano cautère, la section de l'obstacle prostatique. Il incise le tissu prostatique en arrière, en avant, à droite et à gauche suivant les cas. La brèche est profonde, elle porte sur l'obstacle ou sur les saillies dont la situation a été préalablement établie.

Les résultats s'annoncent immédiatement comme très brillants ; le jour même de l'opération, le soir, le lendemain au plus tard, le rétentionniste évacue sa vessie, le résidu diminue ou disparaît, des malades qui, depuis des années, vivaient de la sonde, peuvent uriner seuls. Et la proportion de ces succès est vraiment considérable, Frendenberg communiquait dernièrement au 29e Congrès de la Société allemande de chirurgie à Berlin, une statistique de 683 cas opérés par cette méthode avec 17 décès. Les résultats ont été contrôlés dans 666 cas : dans 42 cas, il n'y a eu aucun résultat, chez 624 malades, on a constaté soit la guérison, soit une amélioration ; le nombre des guérisons serait à peu près le double du nombre des cas de simple amélioration.

Tout en attachant à ces chiffres la signification incontestable qu'ils comportent, il est impossible de ne pas faire remarquer qu'il s'agit ici surtout de résultats immédiats. Les résultats immédiats de l'opération de Bottini sont presque toujours très favorables, je dirai même plus favorables qu'aucune autre méthode ne saurait les donner si simplement. La rapidité avec laquelle est obtenu un bénéfice thérapeutique très réel, engage à publier l'observation de bonne heure et suivre la malade. C'est ainsi, par exemple que, sur les 70 opérations que rapporte Cuellen dans sa thèse, il en est près de 40, c'est-à-dire les deux tiers, pour lesquelles la période d'observation a été inférieure à trois mois, et a été souvent réduite à deux ou trois septenaires.

Les résultats éloignés de l'opération de Bottini sont ainsi plus difficiles à établir et le nombre des faits qui sert à l'apprécier est beaucoup plus restreint. A distance, quatre, cinq mois après, il n'est pas exceptionnel de voir la récidive survenir, la brèche s'est fermée, la prostate continue à augmenter. Bottini refait une nouvelle opération et la simplicité avec laquelle elle se pratique sans anesthésie la fait accepter parfaitement des malades.

Quelques inconvénients en sont cependant la conséquence, c'est parfois l'incontinence d'urine pendant le premiers jours, ce sont d'autres fois des accidents infectieux généraux ou locaux : cystite, phlébite, épididymite. La mort survient dans environ 5 p. 100 des cas.

Mais en regard de ces accidents qui surviennent, il faut l'observer, chez des individus profondément infectés, remarquons que l'opération de Bottini a donné de vraies guérisons et cela chez des malades que la castration avait à peine modifiés : elle donne des améliorations très réelles qui se caractérisent par le retour de la contractilité vésicale, la diminution ou la disparition des résidus, elle donne enfin la facilité du sondage pour ceux qui sont encore obligés de recourir à la sonde. La méthode de Bottini, surtout dans les cas où il existe un obstacle localisé, constitue une opération palliative, simple, expéditive, bénigne et efficace.

B. *Prostatectomie.* — Au lieu de sectionner l'obstacle, on a cherché à le supprimer, de là vient la prostatectomie. Celle-ci, on l'a faite jusqu'ici par la voie sus-pubienne, on commence à la faire par le périnée : et à côté des exérèses partielles qui jusqu'alors ont été seules tentées, on commence à envisager la perspective et la possibilité d'une prostatectomie totale.

La *prostatectomie sus-pubienne*, inaugurée à l'étranger par Mac Gill, Dottel, Schmidt, Kummel, défendue en France par Desnos, recherche la suppression à travers la vessie ouverte de l'obstacle, pédiculé ou non. Suivant la forme et la nature de cet obstacle, il doit y avoir et il y a en effet entre toutes les opérations des différences très sensibles et une cause avérée d'inégalité. Depuis la section d'une barre transversale jusqu'à l'excision d'un gros lobe médian pédiculé ou à l'évidement d'un lobe latéral sessile, il y a bien des intermédiaires. Sans tenir compte de ces différences, prenons en bloc les observations et voyons ce qu'elles donnent..

En laissant de côté les morts qui suivent, les statistiques s'élèvent de 5 à 15 p. 100, en négligeant toutes les observations, celles-là très nombreuses, qui sont trop récentes, je reste en présence de 242 observations de prostatectomies sus-pubiennes. Elles ont donné 140 guérisons ou améliorations et 102 résultats nuls.

Les bons résultats ne sont pas tous comparables : il y a de vraies guérisons, des guérisons complètes et absolues, cela même chez des malades opérés très tardivement, tels les opérés de Browne et de Füller, qui rétentionnistes depuis des années ont retrouvé une contractilité vésicale perdue et n'ont plus eu à faire usage du catheter.

Digitized by Google

Plus souvent, le résultat est moins brillant ; il ne se traduit que par une amélioration très réelle. C'est la contractilité vésicale qui reparaît partiellement, c'est le résidu qui diminue, c'est la cystite qui s'atténue. Certains malades cessent de se servir de la sonde ou ne s'en servent plus que par intermittences, et le cathétérisme s'effectue facilement chez ceux qui avaient avant les plus grandes peines à passer leur sonde.

Sans doute les facteurs de cette amélioration sont multiples, et ne relèvent peut-être pas tous de la prostatectomie. On a ouvert la vessie, celle-ci est restée quelque temps fistuleuse et drainée, on a supprimé quelques calculs qui causaient de la douleur. Et déjà il y a de quoi améliorer un prostatique.

Mais aussi remarquez que les seuls résultats dont je tiens compte sont les résultats vraiment éloignés, et lorsque l'amélioration se maintient des mois et des années, je crois qu'on peut sans conteste la rattacher à la prostatectomie elle-même. Et le bénéfice de l'opération dans les circonstances est d'autant plus remarquable que ces malades ont été presque tous opérés tardivement, en désespoir de cause ; souvent même la prostatectomie ne fut décidée qu'au cours d'une taille, tentée pour enlever un calcul, ou drainer une vessie. On opérait pour une cystite et, trouvant une saillie prostatique accessible, le chirurgien se décidait à l'enlever et à accorder à son malade le bénéfice imprévu d'une prostatectomie partielle.

Et cependant la prostatectomie compte aussi des revers, des échecs absolus ; après une amélioration transitoire, le bénéfice a été perdu, l'état s'aggrave à nouveau, la prostate continue à croître et on voit peu à peu le malade revenir à son état primitif.

On en arrive ainsi à penser que chez ces malades, le bénéfice aurait été beaucoup plus appréciable ou plus durable si l'opération avait été plus précoce et aussi l'exérèse plus large.

C'est en effet le reproche qu'on peut faire à la prostatectomie sus-pubienne de ne permettre qu'une ablation minime et partielle. Sans doute, je le sais, on a enlevé à travers la vessie des lobes latéraux hypertrophiés, on a réalisé une sorte d'éuncléation transvésicale. Mais l'attaque des lobes latéraux est très difficile par cette voie et l'exérèse une fois réalisée, laisse à sa suite une brèche ouverte et le chirurgien n'a rien pour la combler.

Aussi la prostatectomie haute ne s'adresse qu'à l'obstacle saillant du côté de la vessie ; or, tous les obstacles que constitue la vessie ne se développent pas de ce côté, et sur 333 observations d'hypertrophie prostatique que j'ai réunies, je trouve à ce point de vue les résultats que voici :

Hypertrophies localisées au lobe médian ou aux glandes cervicales. .	121
Hypertrophies portant à la fois sur les lobes latéraux et le lobe médian	156
Hypertrophie des lobes latéraux seuls	56

Ainsi donc la prostatectomie sus-pubienne n'a sa raison d'être que dans 121 cas sur 333, soit dans un tiers des cas seulement : et dans les autres, elle reste insuffisante et inefficace à moins de s'attaquer aux lobes latéraux en même temps, ce qui me paraît difficile et surtout dangereux de ce côté.

Il faut alors si l'on veut recourir à une opération s'adresser à une autre voie, quelle sera-t-elle ?

La *voie périnéale* permet au contraire d'enlever largement à l'aide d'une incision prérectale, une étendue considérable des lobes latéraux sans ouvrir ni l'urètre ni la vessie. C'est l'opération de Nicolle substituée comme plus compréhensive à la prostatectomie très restreinte telle que la faisait Dittel. Déjà Maceven, Alexander, Hotchkiss, Albarran ont fait cette extirpation sous-capsulaire de la prostate. Mais ces opérations sont récentes, elles ont donné avec une mortalité relativement minime, des résultats immédiats très bons ; mais on ne peut encore envisager leurs résultats éloignés.

L'avenir dira ce qu'ils sont, mais déjà nous pouvons espérer que les meilleurs résultats appartiendront aux opérations d'exérèse précoces et très larges.

Actuellement, en effet, l'hypertrophie prostatique nous apparaît de plus en plus comme une maladie primitive et n'agissant que secondairement sur une vessie dont elle trouble et altère mécaniquement le fonctionnement. Quelle que soit la nature intime et la cause de l'adénome prostatique, quelles que soient les influences congestives qui s'associent à elles et modifient le cycle régulier de son évolution, la prostate fait obstacle sur le trajet de l'urine et la rétention, puis l'infection en est la suite. Dès lors la faveur doit revenir aux opérations qui suppriment cet obstacle.

Le bénéfice sera d'autant plus appréciable que l'opération aura été pratiquée plus tôt, avant que la vessie troublée n'ait déjà perdu sa contractilité, avant que l'infection n'ait ajouté ses lésions difficilement réparables.

Il faudra aussi que l'exérèse soit large, c'est-à-dire qu'elle porte sur toutes les parties hypertrophiées ou susceptibles de le devenir.

La prostatectomie sus-pubienne est suffisante pour les obstacles limités, mais pour les lobes latéraux, la voie périnéale offrira une voie plus large, sinon plus facile. Elle a le tort de ne pas permettre d'enlever en même temps les saillies extra-vésicales. Dans ces conditions, faudra-t-il combiner deux opérations successives, la taille hypogastrique pour enlever un lobe médian, la voie périnéale pour enlever les lobes latéraux ?

Ce sont là questions tout entières à résoudre. Je pense pour ma part que prochainement la prostatectomie totale dont je vois les premières ébauches, et dont j'entrevois la prochaine réalisation, viendra trancher et simplifier ces hésitations. La chirurgie a déjà résolu des problèmes plus difficiles et elle s'en est toujours tirée avec honneur.

Digitized by Google

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Anévrysme de la sous-clavière et du tronc innominé guéri par la méthode de Brasdor. — M. Le Dentu fait un rapport sur une observation de M. Gérard Marchand. Il s'agit d'un homme de 51 ans présentant dans le creux sus-claviculaire droit un anévrysme de la sous-clavière, de la dimension d'un œuf de poule.

Les pulsations de l'artère radiale étaient très atténuées ; le malade éprouvait de violentes douleurs dans le bras, et avait été traité sans succès par les injections sous-cutanées de serum gélatiné.

Au cours de l'intervention, qui eut lieu le 9 décembre 1898, le chirurgien reconnut que l'anévrisme s'étendait sur toute la longueur de la sous-clavière jusqu'au tronc innominé inclusivement ; il lia l'artère axillaire au-dessous de la clavicule, puis dans la même séance, plaça une ligature sur la carotide primitive, tout près de son émergence du tronc brachio-céphalique.

Les suites de l'opération furent des plus simples ; huit jours après, la poche ne battait plus, ne soufflait plus. A partir de ce jour elle s'est rétractée graduellement ; à la fin de janvier 1899, elle était transformée en un noyau induré. La guérison était complète (*24 juillet*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Ladrerie humaine avec éosinophilie. — MM. Achard et Loeper représentent une femme de cinquante-huit ans atteinte de ladrerie. L'apparition des tumeurs sous-cutanées remonte à vingt-trois ans. La malade n'a jamais eu d'helminthes ; mais elle signale cette particularité curieuse que, quatre ans avant le début des tumeurs, sa fille, qui vivait avec elle, était atteinte de ténia.

Le diagnotic de la maladie a été établi par l'examen de deux tumeurs extirpées qui renfermaient une tête de *tænia solium*.

Un détail intéressant, observé chez cette malade est la présence de l'éosinophilie (5.900 leucocytes avec 11 pour 100 d'éosinophiles). Pendant longtemps on a considéré les entozoaires comme seulement capables de provoquer des troubles mécaniques. On sait aujourd'hui, à la suite des recherches faites sur les hydatides, qu'ils donnent aussi naissance à des phénomènes toxiques. Or, l'éosinophilie, fréquente d'ailleurs en cas de vers intestinaux, paraît être un stigmate d'intoxication. Elle est due, sans doute, à la résorption des produits contenus dans les vésicules parasitaires, car l'injection de liquide extrait de ces kystes l'a reproduite chez une souris.

Contribution à l'étude de l'action des organes sur certains poisons. — MM. L. Thoinot et Georges Brouardel. L'action d'arrêt du foie et du poumon sur certains poisons est bien connue depuis les travaux de M. Roger ; celle du cerveau depuis les travaux de MM. Widal et Nobécourt ; les expériences de Wasermann, Metchnikoff, Marie, Roger et Josué, ont contribué depuis à éclairer le rôle de certains organes vis-à-vis des toxiques.

MM. Thoinot et Georges Brouardel emploient aujourd'hui une médication déjà usitée, méthode simple, et même un peu grossière, qui consiste à extraire un organe sur un animal qu'on vient de tuer, à triturer une quantité toujours identique de cet organe (3 gr., sauf pour le rein dont on n'emploie que 2 gr.), avec une dose donnée d'une solution contenant le poison — toujours le même — à filtrer le mélange sur un linge qu'on presse énergiquement, et à injecter à des cobayes le résultat de ces manœuvres, en ayant soin d'injecter à des témoins la même quantité de la solution passée seulement sur un filtre analogue. La dose de poison est calculée pour 100 grammes d'animal. Les poisons employés sont : le sulfate de strychnine, le chlorhydrate de morphine, l'acide arsénieux, le sulfate d'atropine.

Ces expériences montrent que différents organes peuvent jouer, vis-à-vis de certains toxiques, le rôle d'arrêt ou le rôle d'exaltation, ou le laisser intact. Deux parenchymes neutralisent tous les toxiques employés, d'une façon constante, mais en proportions variables ; le foie surtout, puis le rein ; cette action est surtout manifeste pour la strychnine. Le tissu musculaire neutralise une assez forte proportion de strychnine et une moindre de morphine et d'atropine ; il augmente la toxicité de l'arsenic. Le tissu pulmonaire arrête surtout l'atropine, plus faiblement la strychnine et la morphine, mais laisse intact l'arsenic. Quant au tissu cérébral, il neutralise la morphine et la strychnine, reste indifférent vis-à-vis de l'atropine, mais exalte notablement l'action de l'arsenic.

Sans chercher à expliquer l'action de renforcement constatée en certains cas, les auteurs pensent qu'il est intéressant de la rapprocher de celle que M. J. Teissier (de Lyon), a signalée pour le foie vis-à-vis de certaines toxines.

Aphasie traitée par la rééducation. — M. Antony présente deux malades, encore jeunes, atteints d'aphasie et d'un certain degré d'agraphie, de cécité et de surdité. Chez l'un d'eux il existe de plus une hémiplégie droite avec contracture musculaire ; mais chez ce dernier malade l'aphasie existe seulement pour la voix parlée, car il peut articuler en chantant.

Bien que son infirmité remontât à 11 années, M. Antony put lui faire apprendre de nouveau l'alphabet, en lui faisant chanter les lettres sur un air qui lui était resté familier. Il est arrivé de cette façon à pouvoir assembler quelques syllabes et les répéter volontairement en s'aidant du chant. L'autre malade, quoique très indocile, soumis à la même rééducation méthodique, commence à prononcer quelques lettres.

Calculs biliaires très volumineux — M. Launois présente trois volumineux calculs formant le moule presque exact de la vésicule biliaire. Dès son entrée dans le ser-

Digitized by Google

vice, la malade, objet de cette observation, offrait les symptômes d'une péritonite grave contre-indiquant toute intervention chirurgicale. A l'autopsie, en effet, outre les lésions péritonitiques, on trouva une large perforation de la vésicule, communiquant avec le duodénum. Ces calculs étaient formés de cholestérine. — (20 *juillet*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De l'extirpation des fibromes par voie abdominale avec conservation de l'utérus et des annexes. — M. Tuffier. Rarement une question scientifique réunit une unanimité aussi complète que le traitement des fibromes utérins lors de la dernière session du Congrès français de chirurgie. L'hystérectomie abdominale totale ou subtotale recueillait tous les suffrages et paraissait établie pour longtemps comme la méthode de choix dans le traitement des fibromes. La thérapeutique conservatrice ne se manifestait pratiquement que par quelques tentatives de conservation des ovaires, tentatives que je défendais, et par quelques essais des ligatures atrophiantes qui ne faisaient pas brèche dans le traitement radical. Je crois cependant que ce rare et touchant consensus n'aura pas de lendemain et que nos tendances théoriques de conservation doivent devenir une réalité pratique, si pénible que soit l'abandon de l'hystérectomie, que nous savons tous exécuter correctement ou brillamment.

Je viens appuyer aujourd'hui une opinion ancienne, puisqu'elle compte plus de 560 cas, défendre un procédé que vous connaissez et que vous appliquez certainement tous et vous soumettre cette proposition : l'hystérectomie abdominale pour fibrome doit être l'opération exceptionnelle ; dans tous les cas où elle est praticable, c'est à l'énucléation des fibromes avec conservation de l'utérus et des annexes qu'il faut avoir recours. Ce procédé est d'une application beaucoup plus large que je ne le pensais, d'une application si générale que, depuis une année, je l'ai appliqué, sauf dans un cas, à tous les fibromes que j'ai crus justiciables d'une opération.

Si nous pouvons proposer la conservation de l'utérus fibromateux, nous le devons à deux facteurs antécédents : le premier, c'est la perfection avec laquelle nous faisons tous l'hystérectomie abdominale totale ; le second, c'est que nous voyons de moins en moins ces énormes fibromes remontant à l'épigastre. Nous opérons mieux, nous opérons plus tôt. Il se passe pour les fibromes ce qui s'est passé pour les kystes de l'ovaire ; les tumeurs kystiques, dont l'énorme volume faisait la joie et l'honneur de nos devanciers, ne se voient plus qu'exceptionnellement.

D'autre part, il est incontestable que les perfectionnements progressifs de notre pratique ont rangé l'hystérectomie abdominale au nombre des opérations courantes faciles et bénignes. L'énucléation est, à coup sûr, entourée de plus de difficultés ; elle nécessite des précautions plus minutieuses et sa vulgarisation ne pouvait que suivre celle de l'ablation totale de l'organe.

Je n'ai actuellement pratiqué que 15 énucléations pour fibromes avec 14 guérisons et 1 mort. Le chiffre est peu élevé ; néanmoins j'ai pensé que plus tôt la question serait posée, plus nombreux seront conservés les utérus et les annexes.

Je ne parlerai ici que de la *voie abdominale*. Je sais les avantages et les partisans de la voie vaginale que vient de défendre avec son talent habituel et sa grande expérience mon collègue Segond ; mais je la réserve uniquement aux fibromes uniques saillants dans la cavité utérine et très facilement abordables par incision cervicale. Pour tous les autres cas, je préfère de beaucoup, et pour des raisons multiples, la voie abdominale qui me permet de mieux voir et de mieux faire.

Il est bien entendu qu'il ne s'agit, ni dans ma statistique, ni dans les procédés opératoires, de fibromes sous-péritonéaux pédiculés ou implantés dans le fond de l'utérus, pas plus que de polypes fibreux cavitaires, mais uniquement de fibromes encastrés dans le parenchyme utérin.

Ma technique est celle qui a dû être suivie par tous mes collègues ; chacun y trouvera ce qui lui appartient, et je me défends d'avoir rien inventé. Elle ne m'a été inspirée que par l'anatomie normale des vaisseaux utérins, l'anatomie pathologique des fibromes et les règles de la chirurgie générale.

1° La cavité utérine a été dilatée, lavée, curettée, et le vagin est aseptisé dans la limite du possible. Ces précautions sont prises la veille de l'opération

2° La malade, sous l'anesthésie cérébro-spinale (11 cas) ou seulement médullaire (2 cas), est placée dans la position inclinée ; l'abdomen est ouvert, la valve sus pubienne est placée, l'utérus, amené autant que faire se peut au dehors de l'abdomen, est exploré ; il en est de même des annexes dont l'intégrité, bien constatée, est une des indications de la méthode. Le ou les fibromes sont reconnus dans leur forme, leur nombre, leur situation ; les fibromes sous-péritonéaux sont supprimés, la vascularité des bords utérins et surtout la zone ou les zones avasculaires sont précisées. Cela fait, deux cas peuvent se présenter.

α) L'utérus forme un globe arrondi dans le centre duquel on sent un corps plus dur, plus ou moins facilement limitable, ou même on ne trouve et on ne sent rien qu'un gros corps utérin. Je fends l'utérus sur sa face antérieure et exactement sur la ligne médiane, au dessous de la région du fond, en plein corps, jusqu'à ce que j'arrive sur le fibrome. Mon incision est de dimension suffisante pour permettre l'exploration facile du néoplasme et elle est agrandie pour permettre le passage du plus grand diamètre de la tumeur. Les lèvres de l'incision sont écartées ; pas une ligature, pas une pince n'est nécessaire, et, en général, l'incision se fait à blanc. Je saisis alors le fibrome avec de forte pinces à abrasion, et je l'extrais. Si le fibrome est latéral, je fais malgré cela l'hystérotomie sur la ligne avasculaire, et j'attaque la tumeur de dedans en dehors. Le siège médian de l'incision utérine, l'attaque de

Digitized by Google

la tumeur de dedans en dehors, me paraissent jouer un rôle important pour la facilité, la bénignité et l'absence d'hémorrhagie dans l'énucléation des fibromes.

β) Les tumeurs sont multiples, intra-utérines. Là encore, je fais autant que possible l'incision sur la ligne avasculaire, c'est-à-dire sur l'ancienne ligne médiane et rectiligne, devenue latérale et sinueuse. J'attaque successivement de dedans en dehors les fibromes et autant que possible par la même incision utérine ; même s'il existe un fibrome concomitant de la paroi postérieure de l'utérus, je vais le chercher par mon incision antérieure transcavitaire. Seule, une situation trop éloignée me fait pratiquer des incisions multiples. Les fibromes sont successivement énucléés sans que j'aie à faire une seule ligature ; un simple tamponnement laissé pendant la durée de l'opération suffit dans les cas où les veines donnent un suintement sanguin.

3° Cette énucléation terminée, il semble que le parenchyme utérin reste creusé d'énormes cavités béantes. Or, il n'en est rien, et c'est là un fait qui m'a vivement frappé et qui m'a rappelé ce que nous constatons dans l'opération césarienne. Quand l'énucléation est complète, le muscle utérin revient sur lui-même et la perte de substance à combler est peu étendue. Aussi je me garde bien, sauf dans les cas exceptionnels, de suivre la conduite de notre collègue Témoin qui réséquait alors la coque utérine. Je crois que, pour le bon fonctionnement ultérieur du muscle utérin, la résection ou le capitonnage doivent être exceptionnels.

4° Pendant cette énucléation, un seul fait doit, à mon avis, guider la conduite ultérieure ; la cavité utérine est intacte, ou elle a été ouverte. Si la cavité utérine n'a pas été ouverte, je ferme l'incision du muscle utérin et la séreuse et je ne m'occupe pas des plaies d'énucléation. La muqueuse utérine, au contraire, a-t-elle été intéressée ? dans ce cas mon premier soin est de la drainer. Pour cela, à travers sa cavité dilatée antérieurement, je passe un gros drain de caoutchouc dur, drain qui sort dans le vagin, et je ferme par-dessus le muscle et la séreuse. Si l'opération a été laborieuse, je draine en outre le cul-de-sac de Douglas. C'est que l'opération est bien différente dans les deux cas : la première est et reste une opération aseptique ; la seconde peut rester aseptique, mais rien ne le prouve ; tout porte, au contraire, à penser que la cavité utérine a pu contaminer le champ opératoire, et il faut alors se comporter comme dans toute opération septique.

Le mode de fermeture de la plaie utérine est très simple je fais la suture parenchymateuse perdue au catgut, et par-dessus, le plan de Lembert à la soie. La paroi abdominale est suturée en étages et au crin de Florence. Dans les cas où l'opération aurait été trop laborieuse, la suture de la plaie utérine à la paroi abdominale, c'est-à-dire l'hystérorrhaphie avec hystéropexie complémentaire de sûreté, donnerait peut-être plus de sécurité.

5° Si la cavité utérine est respectée, la cavité tubaire peut être ouverte et ces fibromes péri-tubaires m'ont laissé d'abord un peu perplexe. Je crois qu'on peut hardiment les attaquer sans se préoccuper de l'ouverture de la trompe ; la salpingorrhaphie suffit à assurer la perméabilité du canal et l'étanchéité de la plaie. Je crois l'ablation de ces fibromes d'autant plus nécessaire que la compression qu'ils exercent sur la lumière de la trompe constitue à mon sens un accident qui a sa part dans les complications de ces néoplasmes.

Telle est la technique que j'ai appliquée dans 15 cas de fibromes utérins. Les fibromes enlevés étaient circonscrits chez 14 de mes malades ; mais, dans un cas récent, j'ai extirpé, sous l'anesthésie médullaire, un myome kystique diffus du volume des deux poings, ramifié, mou, diffluent, se déchirant à la moindre traction et parsemé de petits kystes. L'opération fut laborieuse et dura une heure. Je dus faire le morcellement à travers l'incision utérine. Ma malade guérit sans l'ombre d'un incident. La cavité utérine n'avait d'ailleurs, pas été ouverte.

Appendicite suppurée. — M. Kirmisson fait un rapport sur une observation de M. Véron (armée). Il s'agit d'un jeune militaire, atteint d'appendicite aiguë, opérée par M. Véron, 60 heures après le début des accidents. L'incision de la paroi abdominale faite le long du bord externe du muscle grand droit, après ouverture du péritoine, donna issue à 60 gr. de pus fétide. Il se trouva alors en présence d'un foyer qui semblait collecté en avant du colon, tapissé de fausses membranes masquant les organes sous-jacents. Après avoir vainement cherché l'appendice, il lava ce foyer avec l'eau boriquée bouillie, et le bourra avec la gaze iodoformée. Tout parut d'abord marcher à souhait, mais le troisième jour, le malade fut pris brusquement de coliques, vomissements, hypothermie et succomba. A l'autopsie, on constata que la poche purulente était formée profondément par l'épiploon au-dessous duquel existait une péritonite purulente généralisée, causée par l'appendice gangrené.

M. Kirmisson fait remarquer que la laparotomie, faite sur la fosse iliaque suivant l'incision de Roux, eût permis d'éviter ce tablier épiploïque qui masquait les lésions, et de trouver l'appendice gangrené et de débarrasser le péritoine du pus qui l'infectait (*18 juillet*).

Erratum. — Dans notre précédent numéro page 489 rectifier ainsi la formule de sirop de thym :

Thym frais pulpé ou serpolet frais pulpé ...	500 gr.
Vin blanc.....	150 gr.

Faites macerer 48 heures, exprimez le marc avec q. s. d'eau distillée pour obtenir 400 gr, de colature dans laquelle on fait *dissoudre à froid 720 gr. de sucre.*

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEDER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Malformations congénitales multiples du cœur d'origine vraisemblablement herédo-syphilitique

Par M. MONCORVO, de Rio-de-Janeiro

Les vices de formation cardiaque n'avaient certes pas échappé à l'attention des anciens auteurs ; mais ce n'est qu'à partir d'une époque plus rapprochée de nous que leur interprétation devint un sujet d'études. C'est ainsi qu'on a signalé l'influence étiologique de l'hérédité.

Pour ma part, je me suis livré depuis environ seize ans à une enquête relative à l'étiologie des cas de cyanose que j'ai eu à observer dans mon service. Or, il ressort de l'ensemble des observations de maladie bleue enregistrées dans mes archives cliniques que deux fois sur trois il y a eu lieu de retrouver la coïncidence des signes externes plus ou moins nets de l'hérédité syphilitique en concomitance ou non d'autres stigmates dystrophiques.

La plupart des observateurs s'accordent même à présent à reléguer à un plan fort secondaire l'action pathologique du rhumatisme, aussi bien que celle de la tuberculose, si largement admise par d'autres.

Le Dr Moussous, dans sa remarquable monographie sur les malformations congénitales du cœur, rappelle que Crocker, Virchow, Ruschfluss avaient relevé l'influence étiologique de la syphilis sur 12 cas de maladie bleue, de même que Eger a rencontré 3 sujets atteints de cette affection congénitale issus d'un père syphilitique. — Dans sa brillante thèse inaugurale sur les stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis, notre confrère distingué le Dr Edmond Fournier a consacré un intéressant chapitre à ce sujet.

En y rappelant les deux hypothèses soulevées par l'interprétation des maladies congénitales du cœur, celle qui les rattache aux suites d'une endocardite contemporaine de la vie fœtale et celle qui les rapporte à un arrêt, à un retard autonomique de l'organisation cardiaque, — il incline à admettre avec son illustre père le rôle possible d'une infection, notoirement de l'infection syphilitique, dans la production des malformations cardiaques. Cette manière de voir trouve du reste sa confirmation dans un certain nombre de faits recueillis dans la littérature médicale, tels par exemple que ceux de Coupland (hérédo-syphilis, communication inter-ventriculaire), Lancereaux (cœur renversé, anomalies multiples, communication interventriculaire et interauriculaire, atrésie de l'orifice pulmonaire), Eschle (hérédo syphilis, maladie bleue), Darier et Feulard (hérédo-syphilis, communication interventriculaire), Félix Schlichter (syphilis héréditaire, cyanose congénitale; 2 cas), Francis Warner (hérédo-syphilis, maladie bleue ; 2 cas), Hutchinson (hérédo-syphilis, maladie bleue), Mouillé (hérédé-syphilis, maladie bleue, persistance du trou de Botal, rétrécissement de l'aorte et de l'artère pulmonaire), Régnier (père syphilitique, cyanose congénitale), Barthélemy (syphilis paternelle, persistance du trou de Botal), du professeur Fournier (syphilis héréditaire, cyanose congénitale) et enfin de celui recueilli par l'auteur lui-même, concernant un petit garçon de 5 ans, hérédo-syphilitique, portant les signes cliniques d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire.

En 1899, MM. Labadie-Lagrave et Deguy publièrent dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* un mémoire relatif à trois jeunes femmes atteintes de rétrécissement mitral.

La première, âgée de 19 ans, portait les signes manifestes d'un rétrécissement mitral pur, en l'absence de tout antécédent rhumatismal, ainsi qu'une *hypertrophie mammaire* bien marquée (stigmate de dégénérescence).

La deuxième, âgée de 22 ans, opérée dix ans avant à Lyon pour un *bec-de-lièvre*, présentait, elle aussi, des signes nets de rétrécissement mitral et les stigmates présumés de la syphilis héréditaire. Chez la dernière, enfin, âgée de 19 ans, faible, arriérée, comptant parmi ses antécédents une rougeole, une varicelle et une bronchite, ces auteurs découvrirent l'existence d'un rétrécissement mitral congénital, en même temps qu'une scoliose dorso-lombaire, l'exagération des côtes à gauche et une dystrophie dentaire. De l'avis de ces observateurs on a trop exagéré pour les cas de cette nature le rôle étiologique de l'hérédité tuberculeuse. De son côté, notre savant collègue M. Huchard, qui partage cette manière de voir, leur a communiqué deux cas de rétrécissement pulmonaire nettement syphilitique. Ils font encore allusion à un cas communiqué par M. Papillon concernant une fillette de 12 ans sans antécédents tuberculeux, issue d'un père syphilitique et éthylique, chez laquelle on constatait l'existence d'un rétrécissement mitral pur, remontant fort vraisemblablement à la vie fœtale.

Enfin, plus récemment encore, notre éminent collègue M. Rendu faisait à l'Académie une remarquable communication sur un cas de stigmates dystrophiques de syphilis héréditaire et de malformation cardiaque congénitale, chez une jeune femme qui, à côté d'un ensemble de malformations portant à la fois sur le squelette du crâne, de la face, des membres, sur la dentition, présentait une lésion cardiaque double : rétrécissement et insuffisance mitrale avec un certain degré d'hypertrophie cardiaque. D'après lui, « cette lésion mitrale paraît bien être une malformation con-

Digitized by Google

génitale au même titre que les déformations de la face et du squelette ». En fait, une rougeole retrouvée au nombre de ces antécédents personnels ne devrait pas être invoquée, selon lui, dans le cas, puisque l'on sait que cet exanthème ne retentit presque jamais sur le cœur.

L'importance de ce sujet, que l'on peut même dire d'actualité, m'engage à relater ici sommairement l'histoire d'un cas qu'il m'a été donné de recueillir dans mon service, digne, à mon avis, d'un intérêt particulier.

Le 4 septembre dernier, on m'amena une fillette, brésilienne, âgée de 9 ans, dont voici les antécédents.

Son père, d'une faible constitution et atteint d'une lésion mitrale, contracta la syphilis avant son mariage.

Sa mère, saine en apparence, ne se plaint que d'une ancienne affection utérine. De leur union survinrent cinq enfants :

I. Une fillette âgée de seize ans, jouissant au dire de sa mère d'une santé générale à peu près régulière,

II. Une fillette âgée actuellement de treize ans, présentant une hémiatrophie gauche du corps, précédée aux premières années de convulsions épileptiformes limitées au même côté.

III. La jeune malade.

IV. Une fillette d'un an qui paraît jouir d'une santé satisfaisante.

V. Une fillette ayant succombé, vers le quatrième mois, à une fièvre pernicieuse.

La fillette en question est venue au monde dans des conditions apparentes de santé générale, mais peu développée. A ce moment ses cheveux étaient extrêmement rares ; en même temps elle ne tarda point à présenter un enchifrènement assez marqué. Bientôt l'apparition de quelques petites gommes au cuir chevelu suivies bientôt de plusieurs efflorescences papuleuses disséminées. Apparition des dents à partir du huitième mois. Marche après la première année. A peu près à cette époque les personnes de l'entourage aperçurent qu'après la moindre course ou un effort quelconque, l'enfant devenait fort essoufflée et se plaignait de palpitations. Ces phénomènes coïncidèrent d'ailleurs avec l'apparition d'une cyanose au pourtour des lèvres et des ongles, qui disparaissait au bout de quelque temps de repos. A l'âge de 4 ans, elle contracta la rougeole, et trois ans plus tard une scarlatine bénigne suivie peu après d'une coqueluche.

Au cours de ces deux dernières années les crises de dyspnée avec angoisse et palpitations devinrent plus marquées après les marches accélérées et s'accompagnèrent d'une cyanodermie plus accusée quoique transitoire.

Elle commence alors à tousser ; mais la toux, qui était d'abord sèche, devint dernièrement quelque peu grasse, et suivie de l'expectoration de mucosités légèrement jaunâtres.

Au moment de mon premier examen, cette fillette était maigre, pâle, peu developpée pour son âge ; plusieurs os laissaient apercevoir des déformations bien avérées du rachitisme. Dystrophie dentaire Poly-adénopathie périphérique.

Aucun trouble appréciable du côté de l'appareil gastro-intestinal. L'exploration du thorax me permet de reconnaître de la submatité aux fosses sous-claviculaires et sous-épineuses, ainsi que de la rudesse inspiratoire au niveau de ces régions, accompagnée de râles ronflants et de quelques bulles éparses des deux côtés.

Fort naturellement mon attention fut bientôt attirée du côté de l'appareil circulatoire dont l'examen minutieux me laissa découvrir ce qui suit :

L'aire précordiale est exagérée horizontalement, la pointe du cœur bat au niveau du cinquième espace intercostal gauche, en dehors de la ligne mammaire. La palpation de cette région laisse percevoir franchement la sensation du frémissement cataire, à chaque battement cardiaque. Au niveau du deuxième espace intercostal gauche, à un centimètre environ du bord du sternum, on entend un bruit de souffle franchement systolique, intense, presque râpeux, quelque peu superficiel, se prolongeant pendant toute la durée du premier temps et propagé en haut et en dehors suivant une ligne tirée de son foyer vers le point d'union du tiers interne avec les deux tiers externes de la clavicule gauche. On découvre aussi à la face postérieure du thorax le retentissement un peu étouffé, il est vrai, de ce bruit.

Au deuxième espace intercostal droit, foyer de l'orifice aortique, on ne perçoit rien d'anormal.

A l'auscultation de la pointe du cœur, au foyer de l'orifice mitral, on entend un bruit systolique en jet de vapeur, propagé en haut et en dehors vers le creux axillaire gauche, précédé lui-même d'un bruit présystolique. — Aussi, au fur et à mesure que l'oreille se rapproche de la ligne moyenne du thorax dans la même direction horizontale, il est facile d'entendre un autre bruit de souffle ayant son maximum d'intensité à la base de l'appendice xiphoïde, occupant toute la durée du premier temps et propagé en haut et à droite.

Mais ce qui frappe alors d'une façon toute spéciale, c'est l'existence d'un souffle rude, d'une très haute tonalité, perçu au tiers supérieur de la région précordiale, dont le maximum d'intensité se trouve à la partie moyenne du sternum, tandis qu'il décroît aussitôt qu'on s'en éloigne. Il est d'ailleurs assez prononcé pour être encore entendu dans la région dorsale. D'autre part, il est fixe, occupant les deux temps de la région cardiaque, ne se propageant pas dans la direction des vaisseaux.

Ce souffle ne subit pas la moindre modification sous l'influence des mouvements respiratoires même les plus amples, ni sous celle des différentes attitudes.

Il est invariable, ainsi que j'ai pu le constater à des examens ultérieurs. Le pouls est petit, fréquent et irrégulier. Il n'y a à signaler du côté de l'appareil urinaire que des périodes d'oligurie passagère.

Cette fillette n'a jamais eu d'épistaxis ni d'autres hémorragies.

Les extrémités des doigts présentaient l'aspect de petites massues avec leurs ongles quelque peu recourbés.

L'examen qui vient d'être rapporté, m'autorise, je pense, à admettre chez la fillette en question l'existence vraisemblable de diverses anomalies cardiaques contemporaines de la vie fœtale, à savoir : *rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire, rétrécissement mitral avec insuffisance, rétrécissement de l'orifice tricuspidien,* enfin le *signe de Roger*, indiquant la communication des deux cavités ventriculaires. L'éclosion précoce des crises d'essoufflement accompagnées de la cyanodermie, confirme, ce me semble, l'hypothèse d'après laquelle la plupart de ces lésions, sinon toutes, remontent à l'époque de la vie embryonnaire. D'ailleurs, les antécédents paternels aussi bien que les stigmates dystrophiques constatés

Digitized by Google

chez l'une de ses sœurs et les stigmates présentés par la jeune malade elle-même, plaident à coup sûr en faveur de l'influence étiologique de l'hérédité syphilitique sur les anomalies cardiaques dont il s'agit. En fait, hors cette condition, il n'y a plus à relever dans cette histoire clinique qu'une rougeole contractée vers la quatrième année, alors que la cyanodermie avait fait de longtemps son apparition, sans oublier, d'autre part, que cet exanthème ne s'accompagne que très rarement d'une détermination cardiaque.

Rien n'autorise, en dernier lieu, à invoquer pour ce cas l'action de la tuberculose, dont les signes précoces ne furent dénoncés que par mon premier examen, et dont la maladie bleue ne fait probablement qu'activer la contagion.

En résumé, ce fait, comme beaucoup d'autres analogues, paraît mettre hors de doute l'influence dystrophique de l'hérédo-syphilis sur la production de la plupart des malformations congénitales du cœur (1).

***

Ces questions de malformations cardiaques hérédo-syphilitiques, nous les avons envisagées dons notre thèse en mars 1900 (2) :

Il nous paraît, disions-nous (3), que la syphilis héréditaire peut atteindre l'appareil cardio-aortique de trois façons différentes, soit : 1° en déterminant des lésions syphilitiques du myocarde au même titre qu'on en observe chez l'adulte, soit 2° en favorisant des dégénérescences qui n'ont rien de syphilitique comme nature, mais dont la cause primordiale paraît due à la présence du poison syphilitique, soit 3° des lésions dystrophiques qui atteignent surtout le développement du cœur et de ses valvules et c'est ce dernier groupe qui est le plus important en clinique, aussi c'est par lui que nous commencerons notre étude.

Stigmates dystrophiques. — Haranger avait déjà signalé la syphilis comme cause de dystrophie : « Nombre d'état pathologiques, dit-il, sont en réalité transmissables de générateurs aux produits de la génération, et ces états pathologiques, comme la tuberculose, la syphilis, toutes les diathèses en somme, peuvent, l'occasion, le milieu devenant favorables, entrer en activité et se traduire par des manifestations plus ou moins graves à toutes les phases du développement, pendant la vie parasitaire du fœtus et pendant la vie indépendante de l'enfant et de l'adulte. Il y a là comme une imprégnation de toute la substance, un germe de maladie, d'infirmité et souvent de mort communiqué, en même temps que la vie, par les parents à l'enfant. » La syphilis héréditaire peut donc, d'après lui, entraîner des inflammations congénitales du cœur ; tout d'abord, il n'y croyait pas, sur la foi du professeur Parrot, mais, ajoute-t-il, en présence du témoignage de Lancereaux et surtout de certains faits, il pense que l'hérédo-syphilis peut avoir une influence néfaste. Crooker cite un cas de malformation congénitale, dans lequel la coalescence des valvules pulmonaires était probablement due à l'hérédité spécifique. La mère était manifestement syphilitique, et, chose à noter, avait eu déjà plusieurs avortements.

Bar et Tissier rapportèrent en 1895 l'observation d'un enfant chez qui ils constatèrent un cœur énorme, hypertrophié avec des cavités droites et une oreillette gauche fortement distendue, de l'insuffisance tricuspidienne, une ouverture large du trou de Botal, de l'artère pulmonaire, de l'aorte, du canal artériel. Cet enfant hérédo-syphilitique avait, en outre, des lésions très intenses du cordon, de la sclérose vasculaire généralisée, des gommes rénales. Ce fait montre que la syphilis peut favoriser la dilatation du trou de Botal.

Mackenzie, en 1891, a relaté l'observation d'un enfant de 15 ans, ictérique, avec des artères dures et épaissies, des souffles cardiaques, de l'albuminurie. A l'autopsie, le foie était augmenté de volume, scléreux, avec des gommes, il y avait une malformation congénitale des valvules aortiques, deux au lieu de trois. Pitt a relaté un cas analogue chez un enfant de 16 ans.

M. Jacquet dit avoir vu au moins 3 ou 4 femmes atteintes de rétrécissement mitral congénital chez qui il existait des stigmates avérés d'hérédo-syphilis ; mais il ne rapporte pas ses observations.

Enfin, l'aorte des hérédo-syphilitiques est assez souvent aplasique et que c'est également là un stigmate dystrophique.

M. Huchard nous a dit avoir observé récemment le cas de deux enfants, deux frères, atteints l'un de rétrécissement mitral congénital, l'autre de maladie bleue. Or, dans les antécédents, on trouve une syphilis paternelle probable quoique non avouée ; mais il y a eu 11 grossesses, dont 9 se sont terminées par des fausses-couches, et les deux frères restants sont porteurs chacun d'une malformation cardiaque.

Notre collègue Langevin a bien voulu nous donner le cœur d'un enfant nettement hérédo-syphilitique, présentant une éruption typique et mort à l'âge de 3 mois de cachexie. A l'autopsie, outre les lésions banales et typiques du foie syphilitique et de la pneumonie blanche, le cœur était dilaté avec de simples lésions congestives. Mais le *trou de Botal* était partiellement béant, il y avait inocclusion de la

(1) *Soc. dermat. et Ann de dermat.*, 1900, n° 5.

(2) Deguy. — Le cœur et l'aorte des syphilitiques. (*Th. de Paris, 1900.*) Baillière, éditeur.

(3) Nous ne voulons pas reprendre la question en détail, mais nous croyons bon de compléter la communication de M. Moncorvo avec quelques notes de notre thèse.

Digitized by Google

moitié environ de cet orifice. La membrane obturante était fibreuse, il semblait qu'elle avait été entravée dans son développement, on constatait un épaississement considérable avec des zones d'inflammation chronique sous-endocardique et des travées fibreuses plus épaisses que de coutume dans sa trame. Il y a un processus très net d'endocardite chronique. Le reste du myocarde était simplement congestionné. Voilà donc un fait typique de semi-occlusion du trou de Botal, montrant nettement qu'un vice de nutrition, qu'il était rationnel de rattacher à la syphilis en pleine évolution, avait enrayé le processus normal de développement de la membrane obturatrice du trou de Botal.

La pathogénie des altérations valvulaires nous paraît résider dans la constatation du fait suivant :

Notre collègue Froussard a bieu voulu nous laisser faire l'autopsie d'un enfant de cinq mois, mort à la crèche de l'hôpital des Enfants-Malades (service de M. Comby. Cet enfant était porteur d'une éruption syphilitique des mieux caractérisées, et est mort de cachexie avec gros foie, grosse rate, amaigrissement extrême.

A l'autopsie, le foie présentait le type classique du gros foie des syphilitiques, dans le stade de dégénérescence le plus accentué. Rate grosse et scléreuse. Poumons atteints de pneumonie blanche. Le cœur ne présentait, à part sa coloration feuille morte et un peu de dilatation, aucune sténose orificielle ni aucune inocclusion des septa. L'aorte était petite, aplasique.

Le phénomène le plus intéressant siégeait sur les deux valves mitrale et tricuspide (face auriculaire), où existait toute une série de petits nodules hémorrhagiques, à 3 millimètres environ au-dessus du bord libre. Ces hémato-nodules étaient de dimensions variables ; de la grosseur d'une tête d'épingle en verre jusqu'à un simple petit point noirâtre. Nettement isolés les uns des autres, ils étaient formés par un thrombus sanguin, absolument rond, noirâtre et recouverts par l'endocarde, comme une boule qui ferait saillie sous un morceau d'étoffe. Nous avons fait des coupes histologiques de ces nodi, et nous avons constaté, en effet, qu'ils étaient formés par un thrombus nettement circonscrit et limité par des cellules aplaties, et que l'endocarde, à leur niveau, était absolument sain. Tantôt le thrombus était unique, tantôt il y avait plusieurs thrombus, de 1 à 6 d'ordinaire. Nous avons retrouvé cette disposition sur toutes nos coupes, soit de la mitrale, soit de la tricuspide. Or, quelle conclusion pouvons-nous tirer de là? C'est que ces thrombus, ces hémato-nodules se sont produits très certainement de dedans en dehors, car ce ne sont nullement des végétations; or, s'ils se sont produits par formation d'un infarctus intra-valvulaire, c'est que, probablement, le sang y est venu par quelque fin vaisseau capillaire dont l'existence puisse échapper au simple regard, mais qui n'en existe pas moins. Or, où passe le sang, peut passer un microbe, de telle sorte qu'on peut facilement concevoir la possibilité d'endocardites scléreuses latentes à évolution essentiellement chronique. Sans donc vouloir considérer ces hémato-nodules comme spécifiques, nous pouvons, néanmoins, en conclure que ce fait nous permet d'affirmer qu'il y a plusieurs raisons pour que l'on puisse observer des scléroses valvulaires : d'abord, l'action de la syphilis sur les capillaires valvulaires ou sur les vaisseaux, quand ceux-ci ont un développement suffisant ; en second lieu, les foyers hémorrhagiques des valvules, qui, comme tout infarctus ou toute hémorrhagie, peuvent donner naissance à un état scléreux consécutif ; enfin, la possibilité d'infections chroniques et latentes, banales et surajoutées. La possibilité de ces infections est d'autant plus plausible qu'il y a de nombreuses portes d'entrée cutanées, par suite des ulcérations spécifiques ; et, d'autre part, l'état de dénutrition ou d'infériorité dans lequel se trouvent les enfants favorise toutes les infections d'origine intestinale. La présence de ce thrombus est donc très importante au point de vue des conséquences ultérieures, et elle montre combien Lancereaux avait raison d'écrire que les phénomènes hémorrhagiques et thrombotiques jouaient un rôle considérable.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus

Par L. Gustave Richelot

(Suite et fin. — Voir le précédent numéro.)

L'hystérectomie abdominale. — *Ses prétentions, sa gravité, ses résultats.* — J'examinerai maintenant l'intervention par la voie sus-pubienne, ce qu'elle nous promet et ce qu'elle nous a donné jusqu'ici.

Tout d'abord, faisons justice de la chirurgie audacieuse qui aborde couramment, sans crainte et sans vergogne, les cancers envahissants, et trouve plus « scientifique », plus « chirurgical » de réséquer les ligaments larges, de fouiller à travers les infiltrats et les parcelles néoplasiques, de poursuivre les ganglions depuis l'utérine jusqu'à l'aorte. Presque toutes les opérations abdominales de ces dernières années ont été faites dans ces conditions, comme si les cancers diffus n'avaient pas encore donné assez de déceptions aux chirurgiens. Et vraiment je n'ai pas le courage de les discuter en détail. Je veux bien qu'on n'ait pas renoncé d'avance à tout espoir; mais qu'après y avoir

Digitized by Google

passé, on ait encore la prétention « d'enlever tout » et d'empêcher le cancer de revenir, c'est une illusion qu'il faut absolument repousser.

Tout autre est la doctrine spécieuse qui, jetant par dessus bord les cancers envahissants, considère l'hystérectomie abdominale comme le traitement des cancers nettement circonscrits, franchement opérables, aussi près de leur début qu'on peut les rencontrer. Celle-ci mérite qu'on l'examine de près, car elle a pour elle d'être moins osée, moins meurtrière et plus logique. Il s'agit, en somme, d'adopter ici les mêmes principes que pour tous les cancers : intervenir le plus tôt possible, et enlever non seulement la tumeur primitive, mais la zône lymphatique et les ganglions correspondants. La méthode abdominale, comprise de cette manière, vise particulièrement les cas où il n'y a pas de propagation cliniquement appréciable, et exige, au cours des opérations les plus simples, toujours et de parti pris, l'« évidement du bassin ».

Son premier argument est celui-ci : les ganglions sont toujours envahis, et la voie haute permet seule de les atteindre. Mais il y a là une pétition de principe. Les affirmations des auteurs sont contradictoires ; j'en citerai quelques-unes.

Jacobs a opéré deux séries de malades : les huit premières étaient trop avancées, il les renie avec raison ; chez les 15 suivantes, opérées à temps, les seules où la question puisse être posée, il assure que les ganglions étaient cancéreux. Hélas ! nous avons tous eu des séries de 15 opérées chez lesquelles la récidive ne s'est pas fait attendre, et nous savons bien qu'on peut trouver quinze fois de suite les ganglions malades.

Mais voici d'autres chiffres : Roger Williams a vu l'infection ganglionnaire 56 fois dans 78 autopsies. Peiser, invoquant les travaux de Dittrich, Cruveilhier, Pawlick, Russel, affirme que les vaisseaux et les ganglions lymphatiques du col sont touchés dans 50 pour 100 des cas, au moment où la malade vient consulter le chirurgien. Comment ! 22 fois sur 78, d'après un auteur, 1 fois sur 2 d'après l'autre, nous pourrions enlever la tumeur primitive sans nous occuper des ganglions, et peut-être compter sur la cure radicale ! C'est plus beau que nature ; et cependant, voilà sur quels chiffres on s'appuie pour trouver la situation désespérante !

En réalité, les guérisons persistantes après l'hystérectomie vaginale prouvent assez que les ganglions pelviens sont quelquefois indemnes, et, pour supprimer ces cas heureux, il ne suffit pas de les déclarer impossibles. Une autre preuve, difficile à réfuter, se tire des opérations sus-pubiennes dans lesquelles l'utérus seul a été enlevé, et qui cependant n'ont pas donné de mauvais résultats. La plus célèbre est la première de Freund : la malade, opérée le 30 janvier 1878, vivait encore en 1893, avec une santé parfaite. On ne faisait pas l'évidement à cette époque ; la méthode sus-pubienne n'était qu'une autre manière d'enlever l'utérus. Il est donc certain qu'on peut vivre quinze ans, alors même qu'on n'a subi ni évidement ni recherche ganglionnaire. Que diriez-vous, s'il se fût agi d'une hystérectomie vaginale? Erreur de diagnostic ! Mais comme on a pris la voie haute, j'ai beau chercher dans vos écrits, c'est une idée qui ne vous est pas venue. Je citerai tout à l'heure deux malades chez lesquelles je n'ai enlevé ni ganglions ni tissu cellulaire, et dont la survie a l'indiscrétion de se prolonger. Voilà des faits qui se retournent contre vous et qui plaident indirectement la cause de l'hystérectomie vaginale. Vous ne pouvez prendre à votre actif — et encore, sans préjuger le résultat — que ceux dans lesquels on a disséqué la zône lymphatique et trouvé des ganglions malades ; et il reste, en somme, que « les lymphatiques pelviens ne sont pas envahis dès le début », comme le dit Lauwers — un rallié, que « le souci de la vérité » oblige à rendre hommage à la voie basse, tout en lui tournant le dos.

Mais, direz-vous, puisqu'on ignore à quel moment se fait la propagation, n'est-il pas plus sûr d'adopter toujours la voie haute? Oui, s'il n'y avait, pour sauver sa malade, qu'à prendre les ganglions avec la main. Mais voyez donc un peu les choses comme elles sont, et que le bon sens l'emporte enfin sur la logique ! Vous avez devant vous la tumeur primitive et les ganglions, la zône infectée de la paroi vaginale et du parametrium, les trainées invisibles à travers les tissus. Or, si peu qu'on réfléchisse et qu'on regarde, on a peine à comprendre que des chirurgiens puissent rêver la dissection intégrale des tissus contaminés. La comparaison avec le cancer du sein est spécieuse. Les ganglions axillaires sont réunis en paquet, plongés dans une masse adipeuse qu'on détache facilement ; et pour détruire tous les tissus, tous les vaisseaux lymphatiques entre la tumeur et le groupe ganglionnaire, il est loisible de tailler largement, profondément, et d'enlever en masse la peau, la graisse, l'aponévrose, les muscles même, sans avoir ni organes à ménager ni dangers à courir. Aussi n'est-il pas un chirurgien qui néglige l'évidement de l'aisselle. Il faut croire, cependant, que nos doigts épargnent souvent quelque glande accolée aux vaisseaux ou perdue vers la clavicule, puisque l'infection continue et se généralise ; il faut croire que les irradiations parties du néoplasme déjouent notre poursuite à ciel ouvert, puisque la récidive a lieu si souvent dans le voisinage de la cicatrice. Et s'il en est ainsi dans une région où nous avons nos

Digitized by Google

coudées franches, que pourrons-nous faire dans la cavité pelvienne? Que signifie ce dédoublement du ligament large, comme si nous pouvions râcler ses deux feuillets, et cette mise à nu de l'uretère, comme si nous pouvions le dépouiller réellement, détruire les dernières travées conjonctives, suivre à la piste les cellules cancéreuses le long des artères iliaques? Les ganglions ne sont que des relais sur le trajet de l'infection; à quoi sert d'en prélever quelques-uns?

Et d'ailleurs, cet évidement — mot bizarre, dont l'exagération devrait nous dispenser d'une critique approfondie — le faites-vous en vérité? J'entrevois des cas où le décollement d'un feuillet séreux et l'ablation de quelques lambeaux vous serviront d'acquit de conscience. M'est avis que, si on marche dans cette voie, certaines cavités pelviennes auront des airs tellement innocents que les hardis explorateurs se sentiront faiblir, et qu'il y aura des évidements plus que discrets et des hystérectomies très simples. J'en veux pour preuve les observations mêmes de Jacobs. Parmi les quinze, il y en a six où on enlève « un petit ganglion », « deux petits ganglions », « ganglions très petits », et nul examen ultérieur ne dit ce qu'on y a trouvé. Il y en a une avec « un seul ganglion suspect », et à l'examen, « la dégénérescence n'est pas nette »; une dernière enfin, où « ganglions très peu accusés sont abandonnés ». Ainsi, Jacobs prélève — et encore, pas toujours — une parcelle des tissus qui peuvent être envahis. En admettant que les guérisons se prolongent, en fera-t il gloire à la méthode qu'il a suivie?

Si je prends à parti les observations du distingué chirurgien de Bruxelles, ce n'est pas pour le vain plaisir de les trouver en défaut; c'est qu'elles nous montrent bien l'état d'esprit dans lequel se trouvent en ce moment les partisans de l'hystérectomie abdominale. Les progrès de la technique ont éveillé en eux de longs espoirs; tout s'est résumé, à leurs yeux, dans ce mot magique : atteindre les ganglions. Ils n'ont pas semblé voir que cette recherche est inutile si les ganglions sont indemnes, illusoire si l'invasion cancéreuse a pénétré dans le petit bassin. Je pense qu'ils le verront bientôt, et finiront par reconnaître que la méthode sus-pubienne obéit à la même fatalité que sa rivale : devancer l'infiltration cancéreuse, ou se résigner à n'être que palliative.

Ainsi doivent se borner, à mon sens, les *prétentions* de l'hystérectomie abdominale. Voyons ce que les faits nous disent de sa *gravité*.

Les relevés anciens, et même certains chiffres modernes sont effrayants. Ils portent, à la vérité, sur une période de tâtonnements et sur un amas confus d'opérations très diverses, où dominent les cancers envahissants. Mais, en dépit de l'abaissement progressif de la mortalité, l'hystérectomie abdominale, avec une moyenne de 35,5 pour cent, est encore aujourd'hui quatre fois plus grave que l'opération par la voie basse. Mettons que la mortalité diminue encore, si on renonce tout à fait aux interventions téméraires; mettons que « voie haute, en tant que voie opératoire, ne soit pas plus grave que l'autre ». Je le veux bien, mais tout dépend de ce qu'on fait dans le ventre : la dissection prolongée du tissu cellulaire pelvien, le dépouillement minutieux de l'uretère, l'extirpation intégrale des ganglions jusqu'à la bifurcation de l'aorte, en un mot, l'évidement tel qu'il est décrit et tel qu'on devrait le faire pour lui donner quelque valeur, serait infiniment plus dangereux qu'une hystérectomie vaginale. Si on veut que la comparaison ne soit pas ridicule, il faut que l'opération se rapproche des évidements discrets dont j'ai parlé tout à l'heure.

On accordera bien, d'ailleurs, aux défenseurs de l'hystérectomie vaginale, qu'ils ne sont pas hommes à reculer devant quelques difficultés opératoires, et qu'ils admettraient un peu plus de gravité s'ils pensaient recueillir tout le bien qu'on leur promet. Aussi passerais-je condamnation si les faits connus semblaient attribuer à la méthode sus-pubienne une efficacité particulière.

Malheureusement, cette supériorité des *résultats*, escomptée avec tant d'ardeur, est tout entière à démontrer. Je ne vois que des auteurs qui avouent la récidive, d'autres qui hésitent et d'autres qui ne disent rien. Si je consulte les faits, les malades sont mortes, ou en train de mourir, ou trop récentes pour qu'on sache à quoi s'en tenir Si bien qu'après avoir fait de louables efforts pour nous démontrer que cette méthode est capable de donner des survies plus longues et des guérisons radicales plus fréquentes, on arrive à nous dire que « les observations ne plaident pas beaucoup en faveur de cette idée. »

Est-ce à dire qu'on ne peut rien tenter, rien espérer des perfectionnements de la technique? Ce serait là, peut-être, un jugement trop sévère; et je tiens à dire, en terminant. dans quelles conditions et dans quelle mesure l'intervention par la voie sus-pubienne me parait acceptable.

Il est bien entendu que je réprouve toute intervention pour les cancers pelviens manifestement diffus, et que je trouve abusifs ces délabrement immodérés, ces hardiesses qu'un petit nombre de chirurgiens, au lieu de s'en excuser, nous recommandent; mais le désir d'agrandir notre champ d'action, avec beaucoup de réserve et de prudence, n'est pas illégitime. Je suppose un cas d'envahissement très limité en apparence, mais laissant peu d'espoir de succès à l'hystérectomie vaginale; le chirurgien peut-il se résigner à considérer comme perdue une femme encore pleine

Digitized by Google

de santé? Il accepte la voie sus-pubienne comme une ressource qui lui permet d'aller un peu plus loin, de réséquer un lambeau de la paroi abdominale, d'extirper tout près d'elle un noyau de propagation. Souvent il est déçu, l'opération est grave et de plus elle est mauvaise, par l'étendue et la diffusion du mal. Mais il a tenté la chance, et une fois par hasard il peut tomber sur un cas favorable.

J'ai fait 21 opérations dans cet ordre d'idées, et j'ai perdu 8 malades; c'est dire que j'ai essayé, tâtonné comme bien d'autres. Souvent trompé par l'étendue de la propagation, j'ai largement dépassé l'indication que je posais tout à l'heure, et qui n'est pas toujours facile à saisir, et j'en tire l'enseignement que, sous peine de faire une chirurgie brouillonne et sans valeur, il faut s'avancer très peu sur un aussi mauvais terrain.

Cependant, tout n'est pas à rejeter dans ce que j'ai fait. En laissant de côté les récidives promptes et les malades récentes, il en reste deux qui m'ont donné satisfaction. La première est une femme de soixante-trois ans, ayant un cancer de tout le segment inférieur; le vagin sénile, atrophié, se terminait en infundibulum; tout en haut, le doigt rencontrait un orifice étroit, dur et bosselé. Comme il n'y avait aucun empâtement pelvien et que la femme paraissait assez vigoureuse, il était permis d'intervenir, mais impossible de rien faire par la voie vaginale. L'abdomen fut ouvert, l'utérus isolé, une traction légère le divisa au-dessus du col; aucun noyau de propagation ne fut trouvé dans les ligaments larges, aucun ganglion ne fut cherché. La paroi vaginale, qui était prise dans un bon tiers de sa hauteur et complétement fusionnée avec le museau de tanche, fut réséquée très bas, et cependant il me fut possible de la fermer et de la recouvrir de péritoine, de telle sorte que la surface séreuse était partout reconstituée. La malade se rétablit aisément; elle est guérie depuis vingt-neuf mois et semble aujourd'hui revenue à une santé parfaite.

La seconde, âgée de quarante-et-un ans, avait un col absolument détruit, effacé, et des culs-de-sac ayant perdu leur souplesse. Par l'abdomen, j'ai réséqué la paroi vaginale; un écoulement sanguin persistant m'a fait mettre seize pinces à demeure sortant par la plaie. Depuis 21 mois, la malade est bien portante, elle a repris de la force et de l'embonpoint, elle travaille, elle n'a pas trace de récidive.

Voilà donc deux femmes dont le cancer est envahissant, la paroi vaginale infiltrée, étroite et rigide, le museau de tanche disparu, sans prises possibles. Rien à faire par la voie basse; mais la méthode sus-pubienne, devenue savante, me donne une arme de plus, et je puis faire une opération complète. Il y a là un fait nouveau, un progrès à saisir, une indication étroite, mais positive. On trouve des vagins peu maniables et des cols très élevés, très effacés, des cancers du corps de l'utérus qui cheminent de haut en bas à travers le museau de tanche, le rendent friable, exigent qu'on empiète sur la paroi vaginale. C'est à nous de connaître les faits cliniques, de nous rappeler les malades devant lesquelles nous avons dû jadis avouer notre impuissance, et d'être assez clairvoyants pour dépister les cas où nous pouvons, sans témérité, faire un pas en avant. L'essentiel est d'aller doucement et de ne pas nous aventurer, car le mal est insidieux, et l'examen le plus attentif suffit à peine pour fixer la limite où commencent les opérations hasardées, dangereuses pour le présent, inutiles pour l'avenir.

On voit quel rôle j'assigne à la méthode sus-pubienne et à quelles conditions précises elle me paraît légitime. Il ne s'agit pas de la croire souveraine contre les épithéliomes circonscrits, il s'agit de fonder sur elle un dernier espoir quand la diffusion a commencé. Mais sur quel indice, à quel moment peut-on l'entreprendre? L'habitude d'observer les malades, de saisir les moindres nuances, de deviner les détails qui échappent à l'examen, peut seul nous guider. Il faut que le cancer ait une marche lente, que l'envahissement de proche en proche, l'infection par continuité de tissus l'emporte sur l'invasion des lympathiques et le transport des cellules à distance, que la résection du vagin et l'ablation d'un nodule cancéreux à la base du ligament large puissent à la rigueur suffire. Tant pis, si, le ventre ouvert, on est mis en demeure d'aller plus loin, car, je le répète, on ne saurait tout enlever, et la dissection très imparfaite à laquelle on se livre dans le petit bassin ne m'inspire aucune confiance.

Conclusion. — J'ai voulu montrer, dans l'exposé qui précède, comment l'hystérectomie vaginale obtient des guérisons qui paraissent définitives, quand elle est faite assez tôt pour prévenir l'envahissement; comment, sans l'avoir prévenu et sans le poursuivre, elle obtient des survies prolongées; comment l'hystérectomie abdominale est une ressource de plus dans un petit nombre de cas triés sur le volet, mais comment, appliquée de parti pris aux cancers envahissants, elle est une imprudence, et aux cancers limités, une illusion. C'est dire combien je me sépare de ceux qui voient dans la première une opération toujours incomplète, forcément palliative, et dans la seconde, la seule qui enlève tout, la seule qui soit logique et rationnelle.

L'hystérectomie vaginale, en cas d'utérus mobile et de cancer nettement circonscrit, a une mortalité presque nulle. Les succès qu'elle obtient — survies prolongées et guérisons persistantes — sont dans une

Digitized by Google

proportion qui varie entre 10 et 20 0/0. Elle a donc fait ses preuves, et les services qu'elle rend sont indiscutables.

L'hystérectomie abdominale, adoptée comme seul traitement du cancer utérin, est encore aujourd'hui quatre fois plus dangereuse. Quant aux résultats thérapeutiques, il y en a d'excellents à la suite des opérations simples, sans évidemment ni recherche ganglionnaire, en d'autres termes, dans les conditions d'une hystérectomie vaginale, Après les ablations prétendues complètes, ceux que nous connaissons déjà sont mauvais, ou trop récents pour être jugés. Il est facile de prévoir ce que l'avenir nous réserve : dans les cancers peu avancés, les résultats éloignés seront forcément comparables à ceux de l'autre méthode, mais rien n'autorise à penser qu'ils seront meilleurs.

Je termine par où j'ai commencé : le but de nos interventions est de prévenir la diffusion du cancer; hors de là, notre rôle est purement palliatif. Et, comme bien des causes portent les malades à nous arriver trop tard, il faut bien nous attendre à n'en sauver qu'un petit nombre. De là cette double formule : opérer de bonne heure si nous pouvons, et savoir nous contenter de peu.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Injection de glycéro-phosphate de soude (Mousnier) :

Glycéro-phosphate de soude...	5 grammes
Salicylate de soude.....	2 —
Eau distillée stérilisée.....	Q. S. pour 100 c.c.

1 centimètre cube = 0,15 de glycéro-phosphate de soude.

Solution pour pulvérisations :

Formol.....	0 gr. 50
Menthol.....	1 — 50
Gaïacol.....	5 grammes
Essence d'eucalyptus	5 —
— de térébenthine.....	10 —
Alcool à 90°.....	125 —

Injection hémostatique :

Gélatine.....	àà 10 grammes
Chlorure de sodium	
Eau.....	1000 —

Stérilisez à l'autoclave. — Injectez 50 centigrammes dans les masses musculaires de la cuisse, puis augmentez jusqu'à 150 centigrammes. (Nouv. rem.)

Sérum artificiel au saccharate de soude, par M. A. Schuking. — L'auteur préconise pour les injections sous-cutanées et les injections intra-veineuses un sérum artificiel :

Eau.....	1000 cent. cubes
Chlorure de sodium	8 grammes
Saccharate de soude.....	0 gr. 33

Ce liquide se rapprocherait davantage de l'isotonie du sang que le sérum artificiel ordinairement employé pour les injections, son mode d'action serait également plus efficace à en juger par deux cas d'hémorragies post-puerpérales dans lesquelles l'auteur l'a employé. *(Monit. Therap.)* A. G.

Solution antiseptique pour la grande désinfection (meubles, planchers) :

Chlorure de zinc.....	1000 grammes
Acide chlorhydrique	30 —
Eau de pluie.....	2000 —

Un litre pour un seau d'eau de 10 litres. (Nouv. rem.)

Traitement de l'ozène (Bonnier). — Deux fois par jour douche nasale avec un siphon Weber en employant une solution qu'on obtiendra en mettant dans un litre d'eau tiède une cuillerée à bouche de :

Acide phénique.....	25 grammes
Glycérine pure	100 —
Alcool à 90°.....	50 —
Eau.....	350 —

Après le lavage, introduire dans chaque narine une petite quantité de cette pommade :

Menthol.....	0 gr. 20
Acide borique.....	2 grammes
Vaseline blanche.....	30 —
Essence de geranium rose.....	XX gouttes

Comme traitement général une cuillerée à soupe matin et soir du sirop suivant :

Iodure de potassium.....	4 grammes
Chlorhydrate d'ammoniaque...	1 —
Sirop de gentiane.....	250 —

Traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse. — 1° Prendre par cuillerées à soupe dans la journée, la potion suivante :

Chlorate de potasse	4 grammes
Sirop de menthe.....	30 —
Eau bouillie	70 —

2° Faire des badigeonnages avec le collutoire suivant :

Glycérine neutre	40 grammes
Chlorate de potasse.....	10 —
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 15

Si plusieurs ulcérations s'étaient réunies en plaques, il faudrait les cautériser avec du chlorure de chaux sec. (Labonne, comment on défend sa bouche).

Cure radicale des tumeurs épithéliales à l'aide de l'arsenic. Trunecek (*Klin. therap. Woch.*, 1900, n° 2). — Le remède semble d'autant plus efficace que les néoplasmes sont plus fortement ulcérés. Les petits carcinomes doivent être traités pendant trois ou quatre semaines. Il faut que le médecin pratique lui-même les badigeonnages une ou deux fois par semaine, avec le mélange suivant :

Acide arsénieux pulvérisé.....	1 gramme
Alcool éthylique absolu	àa 75 —
Eau distillée.....	

Pour l'usage externe. — Au bout de deux jours, les parties malades sont recouvertes d'une sorte d'écorce que l'on ne doit pas enlever, mais que l'on badigeonne une ou deux fois par jour tant que le malade peut le supporter. A. G.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des plaies infectées (1)

par Félix Lejars
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Tenon

La question est surtout pratique : nulle doctrine ne vaut que par ses applications. Dans ces dernières années, le traitement des plaies infectées a servi de thème à de nombreuses recherches expérimentales et bactériologiques; elles exigent toutes le contrôle et la contre-épreuve de l'observation humaine. C'est à cette double source d'information scientifique que nous devons demander une théorie qui se rapproche de plus en plus de la vérité, une pratique de plus en plus efficace et simple.

En fait, si la solution définitive promet d'être simple, le problème est complexe, et, pour l'étudier utilement, il convient d'établir des catégories.

I

Occupons-nous d'abord des plaies infectées récentes, dont l'infection ne s'est pas traduite encore par des réactions locales ou générales.

Ce sont plutôt des plaies *contaminées* que des plaies infectées, au sens propre du mot, et nous savons bien que les deux termes ne sont pas synonymes, et que de telles plaies, de flore microbienne luxuriante, n'en guérissent pas moins sans accidents, et parfois sans soins. Mais nous savons aussi que la résorption virulente est rapide, et que souvent, avant toute réaction apparente, l'empoisonnement est déjà profond. Enfin, nous n'avons aucun moyen, devant une plaie récente, d'en apprécier d'emblée la teneur microbienne, d'une part, et de prévoir, d'autre part, le degré de résistance, la valeur phagocytique, si je puis dire, des tissus blessés. L'aspect extérieur n'est même pas, à cet égard, un indice certain.

Il faut donc, en pratique, tenir pour infectée toute plaie accidentelle et la traiter comme telle; au moins faut-il toujours supposer qu'elle est en puissance d'infection.

Cela n'est pas constamment vrai, sans doute, et certaines plaies ne recèlent aucun microbe pathogène; mais la formule conserve toute sa valeur clinique. Et d'ailleurs, les recherches bactériologiques démontrent que les plaies accidentelles sont presque toujours contaminées.

Il suffit, pour s'en convaincre, de recueillir à leur surface, avant tout traitement, un peu de liquide qui les imprègne, et de l'ensemencer; ajoutons que les résultats ne sont complets que si l'on a déterminé expérimentalement la virulence des microorganismes ainsi constatés.

Des études importantes ont été faites dans ce sens. Riggenbach (1), à la Clinique chirurgicale de Bâle, a soumis à pareille recherche une série de 24 plaies accidentelles; dans dans tous les cas, un seul excepté, il a rencontré des microbes pathogènes. C'était 15 fois le staphylococcus pyogenes albus, 11 fois le streptocoque, 4 fois le micrococcus tetragenus, 2 fois le bacille tétanique de Nicolaïer et d'autres espèces associées.

Brunner (2), qui a publié de si remarquables travaux sur la bactériologie des plaies, opératoires et accidentelles, divise ces dernières en deux groupes. Au premier se réfèrent les plaies accidentelles (plaies d'usine, plaies de tête, des extrémités, etc.) qui n'ont été soumises encore à aucune manipulation, à aucun traitement, et qui sont restées, pourrait-on dire, à *l'état de nature* : sur 41 faits de ce genre, 4 fois seulement la recherche microbienne demeura négative. Même à la surface des plaies toutes récentes, les microorganismes foisonnent déjà. Ici encore, c'est le staphylocoque blanc qui se montre le plus souvent, puis le staphylocoque doré, le streptocoque, etc,, et la virulence de ces microbes a été mise hors de doute, dans un certain nombre de ces cas, par l'inoculation aux animaux.

Le second groupe comprend les plaies déjà soignées, *déjà pansées*. Sur 62 faits, 13 fois l'examen bactériologique a été négatif, ce qui, d'ailleurs, ne permet de conclure qu'à une faible teneur microbienne; le staphylocoque blanc figure 21 fois, le staphylocoque doré 18 fois, isolés ou associés entre eux et avec d'autres espèces; puis viennent le streptocoque, le colibacille, etc.

Encore une fois, bien que l'état microbien des plaies ne préjuge pas de leur infection, nous avons de bonnes raisons scientifiques et des raisons pratique, impérieuses de traiter toute plaie accidentelle comme une plaie contaminée, en voie d'infection, infectée déjà. *Quel sera le traitement?*

Avant tout, est-il réellement utile? *Peut-il être efficace?* L'observation clinique ne laisse guère de doute sur la réponse, mais certaines expériences ont paru entraîner d'autres conclusions.

Je n'ai qu'à rappeler celles de Schimmelbusch (3) et voici l'une des plus connues : une souris est inoculée, au

(1) Rapport présenté à la section de chirurgie générale du Treizième Congrès international des sciences médicales (2 au 9 août 1900).

(1) Riggenbach. Ueber den Keimgehalt accidenteller Wunden. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1898, XLVII, 1, p. 33, et *Semaine médicale*, 1898, p, 264).

(2) K. Brunner Erfahrungen und Studien über Wundinfektion und Wundbehandlung. II. Theil : Ueber den Keimgehalt und Heilverlauf accidenteller Wunden. Aseptik oder Antiseptik? Frauenfeld, 1898. — Analysé *in Semaine médicale*, 1898, pages 475-476).

(3) Schimmelbusch. Ueber Desinfection septisch inficirter Wunden. (*Fortsch. der Med.*, 1er et 15 janv. 1895, p. 8 et 49).

Digitized by Google

bout de la queue, avec une culture charbonneuse; dix minutes après, on ampute la queue à sa racine, mais cela ne suffit pas à enrayer l'infection mortelle. Reichel (1) a confirmé ces résultats décourageants, et, d'après ses recherches, une minute après l'inoculation, il est déjà trop tard — chez le lapin et le cobaye — pour rendre aseptique, pour désinfecter une plaie infectée.

Si de tels résultats expérimentaux devaient s'appliquer à la pratique humaine, notre rôle serait, du coup, annihilé; nous n'aurions plus de recours que dans la médication antitoxique, et, devant le nombre, si restreint encore, des sérums actifs, ce serait, en réalité, l'abandon de tout traitement.

Heureusement ces conclusions outrancières ne sauraient passer dans la clinique. Nos plaies ne sont pas souillées, d'ordinaire, par des cultures microbiennes pures et de virulence exaltée, comme dans les expériences de Schimmelbusch, et les données du problème, tel qu'il se présente à nous le plus souvent, ne le rendent pas d'emblée insoluble.

D'ailleurs, même sur le terrain expérimental, on a répondu. Friedrich (2) inocule de la terre de jardin, contenant le bacille de l'œdème malin, dans le muscle triceps du cobaye : les bacilles se diffusent peu à peu dans le milieu musculaire, et, six heures après, l'excision du muscle inoculé suffit à couper court à l'infection; au bout de sept heures, le résultat devient douteux; au bout de huit heures, il est toujours nul, et la mort inévitable.

Quelque rapide que soit la résorption virulente, elle n'est donc pas instantanée : il y a un temps d'empoisonnement, de durée variable, et un processus de diffusion locale, progressive, qui laisse un répit, plus ou moins court, sans doute, mais suffisant à justifier, à commander l'action locale.

Cette *action locale* aura pour but, non seulement de déterger et d'assainir la plaie, mais encore de la mettre à l'abri et de prévenir les souillures, les infections de seconde main, tout aussi graves, plus graves souvent que l'inoculation traumatique elle-même. C'est pour cela qu'elle doit être aussi précoce que possible, et que cette nécessité du prompt secours vaut d'être inscrite au nombre des plus pressantes questions de la pratique privée et publique.

Or, nous savons mieux aujourd'hui quelles sont les bornes réelles de notre action; nous avons appris qu'elle est toujours incomplète, et qu'avant tout, c'est l'organisme vivant qui se défend lui-même, et qui réagit et lutte contre l'invasion microbienne. Ne pas gêner les réactions de défense, les aider, en réduisant le nombre des germes infectants, en neutralisant leur activité, sans nuire à l'activité des cellules vivantes : tel est notre seul rôle.

L'avènement de l'antisepsie a marqué le terme d'un long empirisme, en donnant, pour la première fois, une base scientifique et positive au traitement des plaies; mais les conditions vitales de la défense et de la réparation organiques n'étaient encore qu'en partie révélées, et l'on avait cru que les antiseptiques pourraient détruire, dans la plaie, tous les germes d'infection. C'était méconnaître, d'une part, la résistance des microorganismes, et, d'autre part, la vulnérabilité des cellules vivantes, agents essentiels de la guérison.

Les données nouvelles nous ont montré que l'intervention utile se traduit, en résumé, par la *détersion mécanique*, précoce, totale, du foyer traumatique et de la peau ambiante, détersion suivie et complétée par un pansement qui assure, grâce à ses propriétés physiques, la protection de la plaie et le drainage continu. Telles sont les bases du traitement aseptique, et, pour les plaies récentes, en mal d'infection, la discussion peut être brève.

A cette détersion pourront servir, bien entendu, les solutions antiseptiques, et dans certains milieux, dans certaines situations d'urgence, leur emploi devient inévitable; mais elles seront utilisées à titre faible, et leurs effets se borneront, ou à peu près, à cette besogne mécanique.

De fait, pour exercer une action chimique, les antiseptiques devraient être en solutions fortes, et rester en contact permanent avec toute la plaie. On ne peut plus croire qu'une irrigation de quelques minutes, et même prolongée suffise à détruire, en milieu traumatique, les microorganismes, qui résistent, *in vitro*, des heures, des jours et des semaines, alors surtout qu'un nombre croissant de ces germes devient inaccessible, en se diffusant dans les tissus. Si la plaie est béante, tamponnée, pulvérisée, baignée, l'imprégnation antiseptique est plus complète, sans doute; elle est aussi plus novice pour les cellules vivantes.

Ce dernier fait ressort nettement des expériences, et en particulier, de celles de von Eicken (1) dont le dispositif était le suivant : après désinfection cutanée, une plaie musculaire est pratiquée au dos ou à la patte postérieure des animaux en expérience (lapins), et, dans cette plaie, on enfouit un tampon imprégné de diverses solutions (acide phénique à 3 0/0, sublimée à 1 0/00, sel marin à 0.6 0/0); on recouvre la plaie de compresses imbibées de la même solution et qui sont fixées par une bande. Au bout de 24 heures, l'animal est sacrifié, et des coupes de la zone limitrophe du foyer permettent d'étudier l'état des tissus Les fibres musculaires sont en dégénérescence vitreuse, elles ont perdu leur striation, et ces altérations, qui vont en s'atténuant de dedans en dehors, intéressent une couche plus ou moins épaisse suivant les antiseptiques utilisés : très marquées avec l'acide phénique, elles sont un peu moindres avec le sublimé et se réduisent à une bande étroite, lorsqu'on s'est servi de la solution salée physiologique.

(1) Reichel. Zur Aetiologie and Therapie der Eiterung. (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1895, XLIX, 3, p. 564).

(2) Friedrich. Die aseptische Versorgnung frischer Wunden. (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1898, LVII, 2, p. 288, et *Semaine médicale*, 1898, p. 174).

(1) C. von Eicken. Ueber die Desinfektion inficierter Wunden. (*Beitræge z. klin. Chir.*, 1899, XXIV, 2, p. 353).

Digitized by Google

On ne saurait donc assimiler le milieu vivant d'une plaie aux milieux inertes du laboratoire; et, sans nier les propriétés bactéricides, *in vitro*, des antiseptiques, propriétés variables, d'ailleurs, qui supposent une imprégnation prolongée, ne s'exercent pas sur les spores, et se traduisent surtout par une action suspensive d'évolution, il faut reconnaître que, dans la pratique humaine, leur efficacité spécifique est toujours incomplète et douteuse.

C'est pour cela que le meilleur traitement des plaies accidentelles récentes nous paraît être le traitement aseptique, formulé comme il suit :

1° *Plaies nettes, diérèses par instruments tranchants.* — Ce sont elles qui, l'infection à part, se rapprochent le plus des plaies opératoires.

De fait, quel qu'en soit l'aspect, elles seront traitées comme une plaie opératoire, avec les mêmes soins préliminaires de désinfection manuelle, avec le même souci d'éviter tout contact suspect, toute infection surajoutée. La peau ambiante, sur une large zone, sera savonnée, brossée, lavée à l'alcool et à l'eau bouillie chaude, l'alcool intervenant ici comme le meilleur agent de « décapage » de l'épiderme.

L'eau stérilisée (filtrée et bouillie) chaude, ou la solution salée physiologique à 7 0/00 (stérilisée aussi), d'une part; et, d'autre part, des tampons et compresses, stérilisés à l'autoclave ou dûment bouillis, serviront et suffiront à la détersion de la plaie. Par l'irrigation, l'essuiement, le frottement un peu rude, on réalisera une « mise au net » de tout le foyer traumatique, en chassant les caillots, les corps étrangers, les débris de tissus, les souillures de tout ordre; et, pour être exclusivement mécanique, cette besogne de détersion n'en devra être que plus minutieuse.

Si la plaie est toute fraîche et bien cruentée, la réunion sera légitime; autrement, on drainera, à l'angle déclive, avec un drain.

2° *Plaies contuses, écrasements, plaies par armes à feu.* — Ici se dresse une double difficulté, inhérente à la nature même de ces plaies : l'extrême irrégularité du foyer crée aux microbes une infinité de recoins où ils deviennent presque inaccessibles; l'attribution des tissus, en réduisant plus ou moins leur vitalité, entrave leurs réactions de défense, et, du même coup, prépare le terrain à l'infection.

Il suit de là une première conclusion pratique, toute rationnelle, et confirmée par les expériences et l'observation clinique : on devra se garder de toute action locale qui puisse aggraver cet état d'infériorité des tissus; les antiseptiques forts, les caustiques, le thermocautère ne détruisent jamais tous les germes, et, à ceux qui restent, ils font la part trop belle, en leur livrant, inerte et mort, le milieu traumatique.

Débrider, s'il le faut, exciser les lambeaux de tissus, simplifier et mettre à l'air tout le foyer; telle est la première indication à remplir Ceci fait, avec l'eau stérilisée chaude, par irrigation, par frottement, on déterge la plaie, lentement, méthodiquement, jusque dans ses moindres recoins ; on laisse tout béant, et le pansement se compose de compresses stérilisées, humides, d'une couche d'ouate hydrophile, d'ouate ordinaire et d'une bande, sans imperméable, pour réaliser les conditions physiques d'exosmose continue, que nous étudierons bientôt.

La même méthode s'applique aux plaies d'armes à feu. Se basant sur les expériences de Müller et de Koller, Tavel (1) a pu conclure que « dans le traitement des plaies par armes à feu contaminées, moins on fait, mieux on fait ». La détersion aseptique et le drainage, lors de foyers étendus, l'occlusion aseptique des orifices d'entrée, telle est la pratique la plus sûre et la mieux faite pour prévenir les complications.

II

Venons maintenant aux plaies infectées, dont l'infection se traduit par des réactions, locales et générales, plus ou moins accusées.

Ce sont les plaies infectées, au sens clinique du terme; et deux éventualités se présentent : *a*) les signes d'infection sont de date récente, la plaie ne suppure pas; *b*) la plaie est en pleine suppuration.

Dans l'une et l'autre hypothèse, la sérothérapie antitoxique représente la méthode scientifique, naturelle, celle de l'avenir, sans doute; mais nous ne possédons encore que le sérum antitétanique, dont nous reparlerons, et le sérum antistreptococcique, utilisé surtout, jusqu'à présent, dans l'érysipèle et les infections puerpérales; nous n'avons pas, malgré tant d'efforts, de sérum antistaphylococcique, nous sommes désarmés devant les infections associées. En attendant une thérapeutique plus puissante, le traitement local reste donc notre principale ressource.

Or, ce traitement local devra-t-il être antiseptique? La question a fourni matière à de nombreuses recherches, et la solution peut en être demandée : 1° aux *expériences sur les animaux*; 2° à l'*examen bactériologique des plaies humaines*, traitées par l'une ou l'autre méthode; 3° à l'*observation clinique*. Répétons encore que ces trois modes d'investigations concourent au même but et doivent être associés.

Les expériences ont abouti à des conclusions parfois contradictoires et, devant les difficultés de technique, il était malaisé qu'il en fût autrement.

Voici quel a été, presque toujours, le *modus faciendi* : une plaie courte, profonde, musculaire, est pratiquée à la face interne d'une patte, chez le lapin ou le cobaye; on y verse une dose variable de pus humain ou d'une culture pyogène, puis on la ferme avec une couche de collodion et un pansement occlusif approprié. Au bout d'un certain nombre d'heures (c'est le temps d'infection), la plaie est rouverte, détergée, lavée et pansée avec un antiseptique, ou simplement avec la solution salée. De là, deux séries d'expériences, deux séries de résultats à comparer.

(1) Tavel. Recherches expérimentales sur l'infection et la désinfection des plaies par armes à feu. (*Rev. de chir.*, déc. 1899, p. 685).

Digitized by Google

Messner (1) laisse le pansement « d'infection » assez longtemps, jusqu'à dix-huit heures; puis, chez les animaux d'une première série, il lave les plaies avec la solution salée à 7 0/00 et fait un pansement sec; chez ceux d'une seconde série, il lave avec la solution de lysol ou d'acide phénique à 3 0/0, et fait un tamponnement à la gaze phéniquée humide et un pansement humide. Voici les résultats : première série, traitement aseptique : 10 cas, 7 morts; deuxième série, traitement antiseptique : 10 cas, 9 guérisons.

Le contraste est frappant; mais, si l'on analyse les conditions de l'expérience, on relève une dissemblance grave; le pansement était toujours sec, dans la première série, toujours humide, dans la seconde; et, comme l'a bien montré Hænel (2), c'est là un élément d'importance, qui suffit à expliquer les résultats.

Henle (3), sur le même lapin, fait une plaie à chaque oreille, et souille les plaies avec une culture pyogène; au bout d'une à six heures, ou plus, il lave une des plaies à la solution de sublimé à 1 ou 2 0/00, il ne touche pas à l'autre. Qu'arrive-t-il? — Jusqu'à la fin de la deuxième heure, le résultat est constant : pas d'érysipèle à l'oreille lavée, érysipèle à l'autre oreille; — jusqu'à la sixième heure, l'érysipèle est encore très atténué à l'oreille lavée; — plus tard, il n'y a plus de différence, et l'infection marche du même pas à droite et à gauche. — Un lavage minutieux à l'eau salée n'eût-il pas été tout aussi efficace?

Nous avons signalé plus haut les recherches de Koller (4) sur les plaies par balles infectées. Chaque expérience portait sur une série de six lapins : le premier servait de contrôle, et, chez lui, les orifices d'entrée et de sortie de la balle étaient simplement suturés et protégés par un pansement; chez le deuxième, une mèche de gaze iodoformée était passée dans le séton laissé par la balle; chez le troisième, la plaie était drainée avec un drain de verre; enfin les trois derniers étaient traités par des moyens « énergiques », par le thermocautère, par la teinture d'iode forte, par la solution phéniquée à 5 0/0. Pour les microbes de virulence moyenne ou faible, les résultats se sont montrés constants : les animaux traités par les antiseptiques forts ou le thermocautère succombaient, les autres guérissaient, et celui qui n'avait pas été traité, toujours plus vite.

C'est dans le même sens que témoignent les expériences plus récentes de von Eicken (5). Il adopte la technique indiquée plus haut, et se sert de cultures de *staphylococcus aureus* pour infecter les plaies expérimentales; au bout de vingt-quatre heures, il les déterge et les panse avec diverses solutions : acide phénique à 3 0/0, solution salée à 0.6 0/0, etc. Or, il apparaît nettement que la nature de l'agent de détersion n'exerce qu'une influence médiocre sur les résultats; la fréquence et les conditions physiques du pansement sont d'une tout autre importance. Dans la première série d'expériences, il s'agit d'animaux jeunes, les pansements sont rares et comportent une toile imperméable : 9 morts sur 12; dans la seconde série, il s'agit d'animaux adultes, les pansements sont fréquemment renouvelés, sans imperméable : 6 guérisons sur 6. Ces faits concordent avec ceux de Préobrajensky, que nous résumerons dans un instant.

Ainsi donc, s'il ne faut pas chercher dans cette voie expérimentale les preuves formelles et les solutions définitives, il n'en reste pas moins que les résultats, dans leur teneur générale, ne témoignent nullement en faveur de l'antisepsie nécessaire.

Le second mode de recherches, l'étude microbienne de la plaie à ses divers âges et sous divers pansements, confine de plus près à la pratique journalière, et, de ce fait, acquiert un intérêt plus direct.

Examiner le foyer infecté, et déterminer la nature, l'abondance, la virulence des micro-organismes qui le souillent; le déterger avec tel ou tel antiseptique, ou simplement avec le sérum artificiel ou l'eau stérilisée, et répéter l'examen après cette détersion; le répéter encore, après tel ou tel pansement, le lendemain et à des dates successives : tel est le programme, aisé à formuler, moins facile à suivre avec toute la rigueur nécessaire.

Riggenbach, Brunner, von Eicken se sont livrés à des recherches de ce genre. Riggenbach a cru pouvoir conclure, de ses examens comparatifs, que le pansement antiseptique réduisait le nombre des micro-organismes virulents dans une plus large proportion que le pansement aseptique, et il signale tout particulièrement trois faits, où la substitution de la gaze stérilisée au pansement au sublimé, à l'alcool, à l'airol, fut constamment suivie d'un accroissement, d'un retour offensif des microbes pathogènes. Mais, outre que le nombre des observations est trop minime, on ne trouve point, en lisant les protocoles, de variations assez tranchées de la teneur microbienne des plaies, pour légitimer des conclusions fermes.

Sur les huit expériences cliniques rapportées par Brunner, aucune ne paraît non plus nettement démonstrative, et quelques-unes témoignent, avec pleine évidence, que les antiseptiques n'ont nullement influé sur l'état microbien de la plaie. Je cite l'une d'elles : écrasement de l'avant-bras, infection, température 39°; le premier examen révèle la présence de colibacilles en quantité considérable et quelques colonies de staphylocoques dorés. On déterge minutieusement le foyer, on le lave à la solution de sublimé, on le saupoudre d'airol, et, après cette « désinfec-

(1) Messner. Experimentelle Studien über Wundbehandlung bei inficirten Wunden. (Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 23. Congress, et *Semaine médicale*, 1894, p. 192).

(2) Hænel. Zur Frage der Desinfektionsfæhigkeit der Wunden. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 fév. 1895).

(3) A. Henle. Ueber Desinfektion frischer Wunden. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1895, XLIX, p. 835).

(4) H. F. Koller. Experimentelle Versuche über die Therapie inficirter Schusswunden. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1898, XLVII, 2-3, p. 211).

(5) Von Eicken. (*Loc. cit.*)

Digitized by Google

tion », on fait une nouvelle prise et un nouvel examen : il n'y a aucune diminution appréciable des microbes. Amputation du bras : la fièvre ne tombe pas, et, dans le liquide hématique qui imbibe le pansement on trouve, de nouveau, des colonies innombrables de bacterium coli. La plaie d'amputation est ouverte, badigeonnée à la teinture d'iode, tamponnée à la gaze airolée ; la température tombe, mais le colibacille foisonne toujours dans les sécrétions de la plaie. Enfin, celle-ci bourgeonne : on constate toujours des germes innombrables, mais le colibacille diminue et le staphylocoque blanc devient plus abondant ; de plus, inoculée à un cobaye, une culture mixte de ces deux microbes ne provoque aucune réaction et montre qu'ils ne sont plus virulents.

Von Eicken s'est efforcé aussi, dans trois cas, de juger, par le dénombrement microbien, des effets de tel ou tel pansement, sans parvenir à déceler de bien notables différences.

Et, de fait, si de telles observations sont intéressantes et susceptibles de servir de base à des appréciations toutes générales, elles n'ont qu'une rigueur apparente et nous ménagent bien des surprises. Nous avons pu nous en convaincre dans les quelques recherches de ce genre que nous avons faites avec le docteur Guillemot, et nous avons relevé de frappants contrastes entre la teneur microbienne des plaies et leur évolution clinique. Nous n'avons là, en effet, qu'un des facteurs du problème, l'autre nous manque : nous ne pouvons rien savoir de l'état de réceptivité de la plaie et de ses aptitudes de défense.

C'est donc à l'observation humaine — éclairée et guidée par les méthodes d'investigation scientifique — qu'il faut, en somme, laisser le dernier mot.

La pratique, du reste, a devancé la théorie. Je rappellerai seulement que, dès 1889, Zeidler insistait sur le traitement aseptique des plaies suppurées ; qu'il y revenait, en 1892, en s'appuyant sur plusieurs centaines d'observations émanées de l'hôpital Obuchoff, de Saint-Pétersbourg, et aussi, en 1895 (1), pour l'étendre à toutes les suppurations. Au congrès de Moscou, en 1897, M. Egbert Braatz (2) (de Kœnigsberg), soumettait toute la question à une intéressante critique : il avait traité, sans antiseptiques, plus de deux cents cas de plaies infectées et de suppurations de tout ordre, et il se félicitait des résultats. Depuis, à mesure que l'asepsie opératoire faisait ses preuves et qu'elle s'émondait peu à peu des procédés mixtes de transition, la méthode s'étendait aussi aux plaies infectées, et la discussion présente nous dira quelle place elle occupe aujourd'hui dans la pratique générale des chirurgiens. Pour ma part, j'ai cessé entièrement depuis deux ans de me servir de tout antiseptique dans le traitement des plaies, quelles qu'elles soient, et je ne fais d'exception que pour l'eau oxygénée, dans certains cas particuliers dont nous parlerons bientôt.

Devant une plaie infectée, nous devons nous proposer un double but : mettre à l'air et déterger le foyer, sur toute sa surface, c'est la besogne initiale, surtout *mécanique* ; assurer l'exomose, le drainage continu, sur toute cette surface : c'est le rôle du pansement, un rôle surtout *physique*.

La formule pratique se résume dans les termes suivants :

On ne touchera jamais à une plaie infectée, à une plaie qui suppure, sans avoir pris les mêmes soins de « préparation » manuelle, les mêmes précautions à l'endroit des souillures ou des contacts étrangers, que pour le pansement d'une plaie aseptique. La désinfection de la peau ambiante, par le brossage au savon et le lavage à l'alcool, est un temps préliminaire de rigueur.

Le foyer sera, s'il le faut, élargi, débridé, contre-ouvert, pour devenir accessible sur toutes ses parois, et s'il est profond, pour permettre un drainage effectif.

Ici encore, l'eau stérile, l'eau salée à 7 0/00, les compresses et tampons stérilisés seront les meilleurs agents de la détersion initiale. Le lavage, seul utilisable dans certaines plaies cavitaires, mais dangereux parfois dans un foyer mal clos, sera toujours réalisé avec le souci d'en faire un procédé de nettoyage mécanique, de « mise au net » ; sous ce rapport, il ne vaut pas, d'ailleurs la détersion aux tampons et aux compresses, qui essuient, assèchent et frottent légèrement : longue et minutieuse besogne, qui supprime les corps étrangers, les flots purulents, les épaves de tissus sphacélés, tous les nids microbiens, tous les milieux de culture, et qui, bien faite, est autrement utile et positive que le rapide contact d'une solution antiseptique forte, — et cela sans nuire aux cellules vivantes, sans fausser les armes de défense.

C'est dans le même esprit que sera conçu le pansement : on ne cherchera pas à exercer une action chimique, bactéricide, permanente, — toujours courte, en fait, car les substances actives se neutralisent, se transforment ou s'évaporent au contact des tissus — et souvent novice. On pansera la plaie de telle sorte qu'elle soit isolée et protégée, d'abord, et que l'exosmose continue, dont elle est le siège, soit entretenue, activée, accélérée.

La gaze stérilisée, humide, remplit au mieux ces indications ; mollement chiffonnée, dans les foyers profonds, autour des drains, étalée en lamelles à la surface des plaies, elle sera recouverte d'une couche suffisante d'ouate hydrophile, puis d'ouate ordinaire. La bande ou le bandage fermeront le pansement en haut et en bas, et préviendront les glissements, les frottements, l'éversion des bords qui ouvre la route aux contacts septiques du voisinage. On ne mettra jamais d'imperméable.

De fait, le pansement doit être, avant tout, un organe

(1) H. Zeidler. Ueber aseptische Behandlung von Eiterungen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 6 avril 1895, p. 345, et *Semaine médicale*, 1895, p. 159-160).

(2) Egbert Braatz Die Therapie infizierter Wunden. (Comptes rendus du douzième Congrès international de médecine, Moscou, 1897, et *Berliner Klinik*, oct. 1897).

Digitized by Google

d'absorption, de drainage lent et continu : il ne le sera que si le liquide, dont il s'imbibe par sa face profonde, peut s'évaporer librement par sa face superficielle.

Préobrajensky (1) a eu le grand mérite de préciser scientifiquement ces données. Il a démontré que, « si le pansement réalise des conditions d'absorption et d'évaporation suffisantes, cela seul suffit à empêcher la pénétration des substances toxiques dans l'organisme ». La strychnine en grand excès, à la surface d'une plaie expérimentale, ne provoque aucun accident sous un pansement de gaze humide, sans imperméable ; supprime-t-on l'évaporation, l'animal meurt. Les résultats sont les mêmes, avec le sang putride, avec les cultures de charbon ou de microbes pyogènes. Un entonnoir, rempli de gaze, plonge par son col dans un flacon renfermant une couche de bouillon ; l'ouverture du flacon est fermée avec un tampon d'ouate, et tout l'appareil stérilisé à l'autoclave. Ceci fait, la gaze, devenue humide par aspiration capillaire, est infectée avec une culture de colibacille, et le tout est abandonné à l'évaporation à l'air sec. Le bouillon sera peu à peu aspiré et restera stérile jusqu'aux dernières gouttes. « Dans l'air humide, à l'étuve, sous une cloche, il se troublera, au contraire, bientôt, parce qu'alors la vitesse de propagation des bactéries, de haut en bas, dépassera la vitesse d'ascension du liquide de bas en haut ». L'influence de l'humidité atmosphérique se trouve donc expliquée, et l'on doit reconnaître, avec l'importance des propriétés physiques du pansement et du milieu ambiant, dans la lutte contre les microorganismes.

Bien entendu, pour être d'efficacité durable, le pansement doit être renouvelé souvent, au moins durant la première période, et tant que la plaie reste en puissance de résorption septique. A une date qui varie, en effet, la surface traumatisée cesse de se prêter à la pénétration des microbes et même à celle des toxines : Nœtzel (2) a démontré expérimentalement que les plaies granuleuses, intactes, dès le cinquième ou sixième jour ont acquis cette propriété. Dès lors, le pansement remplira surtout une fonction protectrice et préviendra les effractions de la couche bourgeonnante, qui serviraient de portes d'entrée à de nouvelles inoculations

III

Tels sont les éléments du traitement aseptique des plaies infectées ; il suppose, à titre de condition nécessaire, la stérilisation certaine de l'eau et des pièces de pansement, et, en somme, sous ce rapport, l'ébullition prolongée suffit. Pourtant, si quelque difficulté, quelque incertitude se présentait, de ce chef, dans la pratique courante, dans la pratique isolée, dans la chirurgie de guerre, les solutions antiseptiques retrouveraient leur emploi, mais à titre faible toujours, et comme agents de détersion simple.

Dans certaines plaies cavitaires, au fond des conduits muqueux, dans la bouche, le vagin et le rectum, bien que les lavages à l'eau bouillie chaude, s'ils sont bien faits, abondants et répétés, suffisent le plus souvent, certains antiseptiques pourront devenir parfois d'une réelle utilité : ils interviendront surtout, en pareils milieux, comme antiputrescibles.

L'eau oxygénée réalise — et mieux encore — ces premiers effets, et, de plus, elle exerce, sur les plaies gangreneuses, putrides, dans les suppurations diffuses et sanieuses, une action puissante, que l'expérience clinique a démontrée.

Depuis les faits déjà anciens de Stohr, de Nicaise, de Péan et Baldy, les études de J. Lucas-Championnière, celles de Thiriar, les discussions et les recherches de ces derniers temps ont mis hors de doute les résultats heureux souvent inattendus, qui succèdent à l'emploi de l'hyperoxyde d'hydrogène ; et, s'il nous est permis d'apporter notre contribution personnelle, dans plusieurs cas de phlegmons diffus, dans des écrasements infectés des membres, nous lui avons dû, croyons-nous, le salut de nos malades. Elle sert, à la fois en irrigations, en lavages et en applications continues dans les foyers cavitaires ou à la surface des plaies.

Quant au mécanisme de son action, il reste discutable, et, dans un récent mémoire, un assistant de M. le professeur von Bruns, M. B. Honsell (1), l'a étudié longuement. *In vitro*, l'eau oxygénée est un antiseptique très actif et se place tout à côté de la solution de sublimé à 1 0/00; sur les plaies, elle fait preuve d'une puissance bactéricide beaucoup moindre, et, pas plus que les autres antiseptiques, elle n'entraîne ces destructions microbiennes, rapides et totales, que l'on avait longtemps escomptées. L'oxygène naissant, qui résulte de la décomposition du peroxyde au contact du sang, du pus, des tissus, est-il susceptible d'agir sur les microbes, ou sur certains d'entre eux, les anaérobies? Peut-être, et l'hypothèse, certes, est séduisante. Peut-être agit-il aussi sur les cellules vivantes ? D'après M. Honsell, il faudrait voir là, encore une fois, une action surtout mécanique, et le brassage des secrétions de la plaie qui succède au dégagement et à l'irruption de milliers de bulles gazeuses, deviendrait une sorte de procédé tout spécial de détersion intime et profonde.

Les faits cliniques sont indéniables, si la théorie n'est pas encore définitive, et l'eau oxygénée nous rend les meilleurs services ; mais il est intéressant de relever que toutes les recherches viennent aboutir aux mêmes conclusions, et démontrer l'importance prépondérante des conditions mécaniques et physiques, dans le traitement des plaies.

(1) Préobrajensky. Les bases physiques du traitement antiparasitaire des plaies. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept. 1897, p. 699, et *Semaine médicale*, 1897, p. 423-424).

(2) W. Nœtzel. Ueber die Infektion granulirender Wunden. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1897, LV, 3, p. 543).

(1) B. Honsell. Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Verwertbarkeit des Wasserstoffsuperoxydes in der Chirurgie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1899, XXVII, 1, p. 127).

Digitized by Google

Les données qui précèdent s'appliquent de tout point aux plaies en pleine suppuration, et ajouterons-nous, à tous les foyers suppurés.

Chercher à tarir la suppuration par un procédé chimique par l'emploi local de tel ou tel agent, c'est là une pratique illusoire, dangereuse souvent, car elle s'attaque empiriquement aux effets, non à la cause, et risque de vicier et de compromettre le mécanisme naturel de réaction et de guérison. La suppuration cesse quand les microbes pyogènes ont cessé d'être virulents ; or, dans les plaies suppurées, dans la paroi des phlegmons de tout ordre, ces microbes sont d'autant moins sensibles aux topiques qu'ils se sont diffusés, sur une zone plus ou moins large, dans les tissus ambiants.

Cette fois encore, c'est l'organisme qui se défend, par des procédés multiples, sans doute, dont la phagocytose est le mieux connu : pour l'aider, sans lui nuire, le drainage précoce, total, continu est notre principale ressource.

Quand une suppuration ne cède pas ou se prolonge au delà du terme commun, elle est entretenue (en mettant à part la tuberculose et les affections spécifiques), par l'une ou l'autre des causes que voici : par la présence de corps étrangers, qui servent eux-mêmes d'habitants et de centres de colonisation aux microbes ; — par celle de séquestres, mous ou durs, séquestres osseux ou débris de tissus, mortifiés d'emblée ou sphacélés secondairement, corps étrangers encore imprégnés de microorganismes ; — par la topographie du foyer, ses culs de-sac déclives, ses anfractuosités couvertes, qui réalisent autant de milieux de culture.

Assurer au drainage, par des incisions larges et bien placées, les conditions physiques de sa permanence ; déterger, à l'eau bouillie, tous les recoins du foyer ; panser avec la gaze stérilisée humide, sans imperméable ; faire un pansement réellement protecteur, fixe, absorbant, et le renouveler souvent, pendant la phase de pleine suppuration : telle est la thérapeutique la plus simple et la plus efficace. Mais, je tiens à le noter, elle n'aura de valeur que si l'asepsie est rigoureuse, et si l'on apporte au pansement de ces foyers suppurés les mêmes soins qu'au traitement des plaies opératoires aseptiques.

Enfin, quels que soient les résultats, la méthode attend encore son complément, et, devant certaines infections de virulence exaltée, elle n'est plus qu'une arme assez précaire. C'est à la sérothérapie antitoxique à la méthode biologique, qu'il faudrait alors demander un secours que tous les traitements locaux sont impuissants à nous fournir ; il suffit de rappeler les merveilleux succès du sérum antidiphtéritique, et, dans un cadre plus voisin, le sérum antivenimeux, pour indiquer la voie où nous devons chercher, sans doute, les solutions espérées.

A l'heure présente, dans les infections traumatiques, nous n'avons encore à notre disposition que le sérum antitétanique et le sérum antistreptococcique de Marmorek.

L'injection préventive de sérum antitétanique devrait passer en règle constante dans le traitement des plaies souillées de terre, des plaies par armes à feu, de toutes les plaies suspectes, des écrasements, des fractures compliquées ; car nous savons trop combien la situation change dès que l'infection tétanique est confirmée, et nous ne possédons pas encore de méthode certaine de guérir.

Quant au sérum de Marmorek, expérimenté surtout dans les infections puerpérales, il n'a été utilisé que rarement dans les faits qui nous occupent, et, bien qu'il vaille, à notre sens, d'être employé plus souvent et à haute dose, nous ne pourrions enregistrer encore que des essais.

Il y a donc tout un côté de la question — et le plus important peut-être — qui reste à l'étude.

Et ce désideratum se fait sentir surtout en présence des plaies infectées, qui se compliquent d'infection générale grave, des septicémies traumatiques.

Ici encore, si notre action est fort restreinte, et s'il est irrationnel d'entraver ou de compromettre, par des agressions locales destructives ou par l'emploi de médicaments soi-disant énergiques ce qui reste de résistance vitale, nous ne devons pas renoncer au traitement direct, à la détersion, totale et permanente, du foyer ou des foyers, originels ou secondaires ; et, d'autre part, nous devons seconder par tous les moyens possibles, la défense naturelle de l'organisme.

C'est à cette indication que répond la sérothérapie artificielle, qui restaure la pression sanguine et active la diurèse, et, de ce fait, devient, dans les infections, une méthode bienfaisante.

Je ne terminerai par ce rapport par des conclusions intransigeantes, qui ressemblent à des arrêts. Le temps n'est plus des systèmes irréductibles, et de ces doctrines qu'on croyait immuables comme l'honneur. Nous ne savons pas toute la vérité : à mesure qu'elle se révèle, la pratique chirurgicale se transforme et c'est la caractéristique de la chirurgie moderne que de suivre la science pas à pas et recevoir à tout instant l'impulsion directrice. Entre l'antisepsie et l'asepsie, il n'y a pas de fossé, pas de heurt : ce ne sont que les termes enchaînés et les étapes successives d'une même évolution. Cette évolution, nous avons conscience qu'elle nous conduit au mieux, parce que chaque jour nous pénétrons plus avant dans l'intimité de la nature et que notre pratique s'assimile de plus en plus les méthodes de la vie.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

De la dourine du cheval. — M. Nocard. La dourine est une affection contagieuse, particulière aux équidés reproducteurs ; on ne l'observe ni chez les chevaux hongres ni chez les mulets ; elle n'apparaît chez les chevaux entiers, juments, baudets ou ânesses, qu'après la saillie. Elle est

Digitized by Google

fréquente en Algérie, dans la Navarre espagnole, d'où elle est importée sur la frontière pyrénéenne française.

Les premiers symptômes de la maladie apparaissent de 8 à 15 jours après le coït infectant. Ils consistent chez le mâle en un engorgement œdémateux, froid et insensible du fourreau ; puis l'œdème gagne le scrotum et la région abdominale inférieure. A ce moment l'extrémité du pénis est un peu infiltrée ; la muqueuse urétrale est rouge et couverte d'un léger suintement muco-purulent. Chez la jument, l'une des lèvres de la vulve s'engorge : la muqueuse vaginale est d'un rouge vif ; elle secrète un peu de muco-pus gluant et visqueux qui salit les crins de la queue.

Il n'y a pas de fièvre ; les animaux ont toutes les apparences de la santé. Peu à peu, en dépit de l'appétit conservé et souvent accru, on constate un amaigrissement considérable, surtout accusé dans le train postérieur. Puis survient de la gêne dans les mouvements des membres postérieurs, de la difficulté dans le relever, de parésie et enfin de la paralysie complète. Les animaux meurent dans un état de cachexie profonde, de 4 à 10 mois et plus après le début de la maladie.

Au cours de cette longue évolution d'une anémie progressive incœrcible, on note de l'engorgement œdémateux des membres, des œdèmes passagers froids et indolores des parties déclives, de l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, sans suppuration, et enfin des plaques subites de congestion de la peau qui persistent de un à quelques jours.

La seule lésion caractéristique, mais non constante, de la maladie eu des foyers plus ou moins nombreux de ramollissement de la moelle épinière, les foyers d'hématomyelie expliquent bien les phénomènes paralytiques qui précèdent la mort.

Comme on le voit, il s'agit bien d'une affection virulente contagieuse. En 1896, M. Rouget, médecin militaire à Alger, observait dans le sang d'un étalon douriné un parasite du genre Trypanosome. En 1899, MM. Buffard et Schneider signalèrent à nouveau l'existence de ce parasite dans le sang d'un nouvel étalon douriné ; ils parvinrent à le cultiver, et à reproduire la dourine chez le chien, puis chez le cheval avec des cultures du trypanosome, les recherches nous permettent de connaître aujourd'hui l'agent pathogène de cette affection.

Pathogénie de la pellagre — M. Babes de Bucarest. Il semble bien établi que la pellagre se manifeste en premier lieu, chez des individus prédisposés par la dégénérescence et par l'alcoolisme, mais qui se nourrissent exclusivement avec du maïs plus ou moins gâté. M. Babes, à l'aide de recherches chimiques et expérimentales, démontre que le maïs altéré contient une substance toxique, qu'il est parvenu à isoler, capable de reproduire chez les animaux des troubles analogues à ceux de la pellagre. Il semble donc que le maïs altéré dont se nourrissent les populations misérables soit la cause de la pellagre. *(31 juillet.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Tuberculose de la synoviale du genou. — M. Potherat rapporte l'observation d'une femme de 39 ans, atteinte d'une hydrarthose chronique du genou, à grand épanchement paraissant sous la dépendance d'une tumeur dure, arrondie, mobile, non douloureuse, de la dimension d'une pièce de 5 fr., située à la partie supérieure et externe de la synoviale. La santé générale de cette femme était bonne, il n'existait aucune tuberculose viscérale. Pensant trouver un corps étranger articulaire, d'origine synoviale et y adhérant encore, il fit l'arthrotomie ; l'ouverture de la synoviale donna issue à une grande quantité de liquide un peu louche. Les cartilages articulaires étaient intacts : la synoviale très épaissie présentait une masse de tissu fibreux sur la face postérieur de son cul de-sac tricipital : deux autres tuméfactions analogues, mais plus petites étaient cachées derrière le tendon du quadriceps crural. M. Potherat extirpa ces diverses neoformations d'aspect fibreux et referma l'articulation avec drainage. Les suites de cette opération furent simples, la malade est actuellement guérie ; mais l'examen histologique de la pièce montra qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses avec cellules géantes et nodules tuberculeux.

Anévrisme de l'artère iliaque externe. — M. Routier communique un cas d'anévrysme diffus de l'iliaque externe volumineux, occupant la fosse iliaque interne ; ligature de l'artère au-dessus et au-dessous du sac, incision du sac, tamponnement avec la gaze iodoformée, mort le dixième jour après rupture de la suture abdominale.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude de l'immunité vaccinale. — La variole chez les non vaccinés, les vaccinés et les revaccinés avec ou sans succès, les anciens varioleux. — Rôle de l'immunité vaccinale dans les varioles modifiées. — Effets de l'âge sur la réceptivité variolique. — Prophylaxie de la variole. — Par le Dr Maurice Coste, médecin des hôpitaux de Marseille. — Gr. in-8°, 90 p. avec tracés : 2.50. Baillière, éditeur.

Formulaire électrothérapique, par le Dr Foveau de Courmelles, chez Doin. — Ce petit volume est divisé en deux parties : dans la première se trouvent, par lettre alphabétiques, les termes électriques et radiographiques employés en médecine et en biologie ; dans la seconde toutes les affections morbides et les traitements électriques qui s'y appliquent. C'est donc une sorte de dictionnaire qui sera des plus commodes à consulter.

Aide-mémoire de gynécologie, par Paul Lefert, chez Baillière.

Ce livre, destiné à l'étudiant et au praticien, renferme les notions de gynécologie qui leurs sont utiles, énoncées d'une façon brève, concise et claire. Ils y trouveront des détails suffisants sur les affections de la femme et la façon de les traiter.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE INFANTILE

Rhinite à bacilles de Lœfler chez l'enfant

Par le Dr Thomas, *médecin-adjoint de l'hôpital cantonal, Privat-Docent à l'Université de Genève*

L'affection connue sous le nom de rhinite pseudo-membraneuse ou fibrineuse a été décrite il y a déjà longtemps; Henoch parle d'un cas, le seul qu'il eût jamais vu, observé chez la fille de Traube, et il ne se résout pas à conclure à la nature diphtérique de cette maladie.

En effet, la discussion a surtout porté sur la pathogénie de la fausse membrane et la valeur qu'il fallait lui attribuer, actuellement, la majorité des auteurs se range à l'avis qu'il s'agit bien d'une infection par le bacille de Lœfler. Monti, dans un des derniers fascicles de ses Kinderheilkunde, traite à fond cette question et présente un tableau complet de cette maladie. Il lui reconnaît en particulier deux formes; l'une particulière au nouveau-né et au nourrisson, a une allure aiguë avec accès fébriles au début, coryza, présence de fausses membranes et se termine souvent par la mort avec des phénomènes d'intoxication; l'autre se développe chez des sujets plus âgés, évolue lentement, presque chroniquement, sans phénomènes généraux et sans gravité du reste. D'après l'auteur cité, on aurait à faire à des bacilles peu virulents.

Dans une discussion à la Société royale anglaise de médecine et chirurgie, plusieurs auteurs ont apporté des renseignements circonstanciés.

Lack a observé trente-six cas de cette affection chez des enfants des deux sexes, de l'âge de 10 mois à 15 ans; la marche avait un caractère subaigu ou chronique, la durée de la marche a varié de 15 jours à 2 mois. L'état général est assez bon, après une semaine le simple coryza du début devient purulent, des épistaxis peuvent se produire; on trouve à l'examen les narines et la lèvre supérieure irritées, excoriées, quelquefois recouvertes de croûtes impétigineuses. Dans les fosses nasales, on constate la présence de fausses membranes; dans 33 cas, l'auteur retrouva le bacille de Lœfler pur ou associé à des microbes pyogènes; l'expérience sur les animaux prouva sa virulence. Il pense qu'il s'agit d'une affection bénigne, contagieuse, mais n'engendrant que la rhinite ou la pharyngite isolément.

D. Lister a pratiqué l'examen bactériologique chez 69 enfants atteints d'écoulement nasal chronique (séreux, purulent ou hémorrhagique); il a rencontré 37 fois le bacille de Lœfler.

Campbell, qui a recueilli outre 4 cas personnels, 120 observations dans la littérature, estime que la rhinite fibrineuse est d'origine diphtérique dans les deux tiers des observations.

Toud a constaté chez 365 enfants convalescents de scarlatine que 51 ou 14 0/0 présentaient une rhinite due au bacille de Lœfler dont la virulence fut démontrée par l'inoculation au cobaye, On ne trouvait pas de fausses membranes, la muqueuse nasale était rouge, tuméfiée et facilement exulcérée; dans aucun cas la présence du bacille ne fut constatée dans le mucus pharyngé; il n'y eut ni angine, ni laryngite, ni aucune autre complication.

On peut se demander si une affection d'allure aussi bénigne, est contagieuse; en ce qui me concerne, je n'ai point observé de faits qui soient en faveur de cette opinion. Mais nous pouvons relever une observation du mémoire de Treitel et Koppel; la mère de la malade a très probablement transmis le germe pathogène à sa nièce qui fut atteinte de diphtérie pharyngée.

Morf a présenté une bonne étude de cette question basée sur trois observations personnelles; le frère de son premier malade atteint de rhinite diphtérique datant de 14 jours, quoique ayant été éloigné de la maison dès que la nature de la maladie fut reconnue, revint trois jours après présentant le même tableau clinique que son frère aîné.

Dans la même maison, il observe en même temps un cas de rhinite diphtérique et un cas d'angine pharyngée; deux autres enfants avaient été atteints de diphtérie peu de temps auparavant.

Wishart examine le lendemain du jour où il s'est plaint du coryza, un de ses enfants, garçon de 6 ans; il constate dans la fosse nasale gauche une fausse membrane grisâtre; sur le pilier postérieur droit du voile se voyaient deux petites traînées blanchâtres; l'examen bactériologique ne fit pas retrouver le bacille. Cependant, 12 jours plus tard, une sœur du malade était atteinte de diphtérie pharyngée avec bacilles de Lœfler.

Le Dr Fothringham soigne un enfant atteint de rhinite fibrineuse avec bacilles; la présence de fausses membranes est constatée pendant 14 jours ainsi que celle du bacille; le père, la mère et une domestique ne tardent pas à tomber malades et on constate chez eux de la diphtérie pharyngée.

En somme, sur sept observations rapportées par Wishart, le bacille de Lœfler fut rencontré cinq fois.

Au point de vue étiologique, il y a lieu de se demander si le mouchoir de poche qui fréquemment sert à plusieurs personnes à la fois, n'est pas l'agent de transmission du bacille; ce dernier habite les fosses nasales de bien des individus, d'autre part, la fréquence du coryza dans le jeune âge est amplement démontrée. Si, à un moment donné, le terrain devient favorable, sa germination n'est plus entravée. La réaction acide de la bouche du jeune enfant s'op-

Digitized by Google

pose à la prolifération du bacille, ce qui n'a pas lieu dans la muqueuse nasale. Il est plus que probable que les porteurs du bacille de Lœfler, sont fréquents dans les écoles et les familles et que c'est par là que la maladie se propage. Le Dr Camus, élève de M. le prof. Bard, a bien montré dans sa thèse que les faits de persistance du germe diphtérique en dehors de l'organisme, sont exceptionnels ou mal étudiés ; c'est le corps humain qui est le vrai réceptacle et c'est lui qu'il faut atteindre.

Voici maintenant les observations qui ont servi de base à ce travail :

W. Jacques, 4 ans, examiné le 26 avril 1899; eczéma au nez et aux oreilles, état général assez bon, un peu anémique, très nerveux; le 8 mai on note un écoulement purulent par les deux narines, les croûtes, qui persistent, empêchent de se rendre un compte exact de l'état des fosses nasales, l'écoulement est assez abondant, on ne constate rien de particulier à la gorge et aux ganglions ; pas d'état fébrile. La persistance des symptômes m'engage à recueillir du mucus sur tampon stérilisé qui est ensemencé tôt après et examiné au laboratoire municipal de bactériologie ; on me répond qu'il s'agit de Lœfler pur. Injection de 10 centimètres cubes de sérum ; le 12 mai l'écoulement a été très abondant, mais l'enfant est mieux sous tous les rapports. Ce cas était le premier que j'examinais, aussi l'état général n'avait-il pas beaucoup attiré mon attention ; nouvel examen le 12, bacilles courts, injection de 10 centimètres cubes le même jour. Le 15 le nez est entièrement dégagé, les croûtes sont tombées, l'écoulement tend à diminuer ; le 17 le bacille est encore présent et je pratique régulièrement un badigeonnage des fosses nasales avec la solution iodo-iodurée. L'examen du 27 est négatif ; l'enfant est absolument guéri et son état général s'est très heureusement modifié.

Obs. II. — C. Juliette, 14 mois, enfant chétive quoique n'ayant pas été atteinte de maladie caractérisée jusqu'à présent. Depuis trois semaines elle présente un écoulement purulent de la narine gauche, formation de croûtes à ce niveau, les bords de la narine sont exulcérés ; il existe au niveau du sterno-mastoïdien gauche une tumeur qui a l'aspect d'un angiôme, mais qui plus tard s'est révélée comme un abcès. C'est pour cette affection qu'elle m'est amenée le 22 septembre 1899 ; je constate la pâleur et la faiblesse de cette enfant, mais à part l'état du nez, il n'existe aucun signe de diphtérie. L'examen bactériologique fait constater la présence du Lœffler ; injection de 10 centimètres cubes de sérum le 23 ; le 30 l'enfant est beaucoup mieux, l'écoulement, après avoir été très abondant, est en voie de se terminer. Le 4 octobre, nouvel examen, négatif cet fois ; état général bon, nez libre.

Obs. III. — B. Marie, 3 ans, a eu la diphtérie pharyngée en mars 1899, soignée à l'hôpital cantonal pendant 18 jours, bien guérie. Depuis un mois, on a constaté un écoulement jaunâtre, épais, par les deux narines, les bords sont exulcérés et recouverts de croûtes, odeur fétide ; il existe une éruption pustuleuse discrète aux doigts. Etat général assez bon, aucun autre signe de diphtérie ; examinée le 16 octobre, il existe des bacilles de Lœfler moyens, peu abondants et des streptococci. On se borne à désinfecter le nez qui ne tarde pas à s'améliorer ; le 8 novembre, guérison complète.

Obs. IV. — B. Marie, 3 ans, a eu la coqueluche suivie de congestion pulmonaire en mai 1899, s'en est bien guérie. Depuis un mois, elle a pâli et perdu son appétit sans cause appréciable ; depuis 8 jours ses parents ont remarqué du coryza avec écoulement purulent, en outre elle a eu plusieurs épistaxis. Elle m'est amenée le 13 janvier dernier ; à l'examen des fosses nasales, je constate une rougeur généralisée avec des traînées de pus, en outre je retire de la narine gauche un débris de fausse membrane grisâtre ; l'examen prouve la présence de Lœffler et streptococci. Injection de sérum le 15 janvier, 10 centimètres cubes ; le 17, l'état général est meilleur, l'enfant a beaucoup mouché et rendu des débris épais verdâtres et noirâtres ; l'examen du 20 fait trouver le Lœffler ; nouvelle injection le 22 ; s'améliore beaucoup, reprend de l'appétit, le nez se libère complètement ; le 3 février, quelques douleurs et un peu d'urticaire. Malgré des badigeonnages iodo-iodurés très répétés, le mucus nasal contient encore le bacille le 10 février ; il n'a du reste pas tout à fait repris son apparence normale et continue d'être un peu purulent.

Obs. V. — F. Gertrude, 5 ans, bonne santé habituelle, quoique de tempérament un peu lymphatique. Au commencement de décembre 1899 on remarque un coryza avec écoulement peu abondant par les deux narines, l'état général reste bon ; ce n'est que le 15 janvier que les phénomènes locaux s'accentuent, le bord des narines s'ulcère, mais on n'observe pas d'épistaxis. L'examen bactériologique du 31 janvier démontre la présence du Lœffler court ; injection de sérum 10 centimètres cubes. Le 1er février, écoulement muco-purulent de la narine gauche surtout, pas de fausses membranes nulle part, aucun signe de propagation. Le 6 février, l'écoulement a beaucoup diminué, les parents sont frappés de l'amélioration dans l'état général qui, en apparence, n'avait pas présenté de modifications importantes au début de la maladie. Examen bactériologique négatif.

L'aspect clinique de ces cas ne diffère pas dans ses grands traits de la symptomatologie habituelle de cette affection, si la présence des fausses-membranes n'a pas toujours été notée, c'est que l'examen direct des fosses nasales n'est pas facile chez de jeunes enfants ; à vouloir faire pénétrer assez profondément les instruments, on risque de léser une muqueuse déjà irritée et saignante. La persistance du coryza en l'absence d'autres causes suffisantes pour l'expliquer, peut suffire à mettre en garde le médecin et à l'engager à pratiquer l'examen bactériologique. D'ailleurs, en comparant ces observations avec celles recueillies chez des enfants lymphatiques ou anémiques qui ont facilement des croûtes eczématiformes au niveau du nez, on s'aperçoit que cet examen est indispensable pour arriver à un diagnostic exact.

En outre, et c'est bien là une preuve indirecte de l'origine diphtérique de la maladie, l'amélioration si marquée dans l'état général constatée après le traitement par le sérum, indique qu'une altération plus ou moins profonde s'était produite sans que des symptômes visibles se fussent bien montrés.

Quant au traitement, à part un seul cas, j'ai toujours employé le sérum ; quelques légers que soient les troubles présents, il est préférable d'agir aussi énergiquement que possible. Il est vrai que cette thérapeutique ne nous met pas à l'abri de la désolante

Digitized by Google

persistance du bacille de Lœfler. Dans quelques cas, et dans l'intéressant travail de Golay, nous voyons Roux exprimer l'opinion que c'est surtout dans la diphtérie nasale que cette persistance a été observée. Pour la combattre, j'ai employé les badigeonnages de la solution iodo-iodurée si fréquemment prescrite dans les cas de pharyngite chronique, et cela avec le grand succès; au reste, déjà auparavant, le même traitement m'avait réussi chez des individus adultes ou enfants atteints de diphtérie pharyngée. Il est fort désagréable, en effet, de continuer à séquestrer des gens en apparence bien portants, simplement par le fait qu'ils sont porteurs de bacilles. Cette solution un peu caustique est, d'après mon expérience. très utile en pareille circonstance.

Bibliographie en outre des traités classiques de pédiâtrie. — Henoch : Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Traduction Hendrix. — Monti : *Kinderheilkunde*. Fascicule X, p. 224. *Semaine médicale*, 1898, p 447. — Todd-Lancet, 28 mai 1899. — Morf : *Corresp. Bl. für Schweizer Ærzte*, 1er décembre 1899. — Treitel et Koppel : *Arch. f. Kinderheilkunde*, vol. XIX, p. 107. — Pediatrics : 1er décembre 1899, analyse du travail de Wispart. — Golay : Diphtérie prolongée. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1897, p. 698.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi de la digitaline cristallisée dans la grippe et la pneumonie.

Par le Docteur Ch. Fiessinger
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

Il y a quelques années, M. Deguy, dans le *Journal des Praticiens*, rapportait les avantages de la digitaline cristallisée dans la pneumonie, et après lui, plusieurs confrères appuyaient dans le même sens. La digitale et la digitaline étaient élevées au premier rang dans la classe des médicaments propres à sauver les pneumoniques.

Pour la digitale, depuis longtemps notre conviction était faite. Après l'avoir employée pendant dix ans, suivant la méthode de Hirtz, aux doses de 70 centigrammes par infusion, nous avions peu à peu singulièrement rabattu de notre confiance dans la médication : des séries heureuses de malades n'avaient pas empêché en d'autres temps la mortalité de se montrer très forte. En 1888, lors d'une épidémie fort grave de pneumonie que nous avions eu à traiter, les malades étaient emportés dès le cinquième ou sixième jour, en dépit des doses de digitale administrées dès le début. Ils succombaient avec des températures peu élevées et un pouls faible et rapide sur lequel la digitale restait sans action.

Ces insuccès qui suivaient le traitement par les infusions de feuilles, se maintiendraient-ils du jour où la médication serait modifiée, et où, en place de feuilles, nous utiliserions la digitaline cristallisée? L'essai était à tenter. Il ne nous a, disons-le tout de suite, donné aucun résultat, C'est le résumé de nos observations que nons offrons aujourd'hui.

La digitale cristallisée était administrée en solution alcoolique au 1/1000; le premier jour de 40 à 45 gouttes étaient absorbées; le quatrième jour, trente gouttes.

Sous l'effet de la médication, aucun malade n'est allé plus mal, parfois un mieux a paru succéder, malheureusement, les formes graves ont régulièrement abouti à la mort.

Dix-neuf pneumoniques ainsi traités comptent parmi eux un chiffre de cinq morts, soit une proportion de 26 0/0. Ce n'est pas brillant comme statistique.

Dans ce nombre, prennent place un diabétique, âgé de 55 ans, deux artério-scléreux avec bruit de galop au cœur, âgés de 60 et 65 ans; une vieille femme de 75 ans; une jeune femme de 20 ans, cette dernière atteinte de pneumonie double. En aucun cas, une action nettement favorable n'a été constatée sur le pouls. Peut être, a-t-il été un peu plus ample, pour quelques heures; sa rapidité toutefois n'a pas été diminuée et quand il y avait des intermittences, elles persistaient après l'emploi du remède.

Auprès des malades qui ont guéri, pareille incertitude se retrouve. Il est fort difficile de déterminer dans quelle mesure curative le pouls et la température sont influencés par la médication.

Les grippés seuls paraissent parfois s'en trouver fort bien : une femme de 40 ans, atteinte de grippe infectieuse avec bronchite prend dans les premières heures de son mal, 40 gouttes de la solution de digitaline; il était six heures du soir et la températures rectale était à 40° centigrades. Le lendemain matin, le thermomètre tombait à 37 1/2. Il y aurait eu lieu de s'émerveiller si pareilles chutes thermiques ne se voyaient fréquemment dans la grippe livrée à son cours normal. Du jour au lendemain, parfois tout le cortège morbide se dissipe brusquement et cela sans le secours d'aucune médication.

Dans l'histoire de la malade que nous venons de rapporter, il semble donc surtout que nous ayons eu affaire à une heureuse coïncidence : la digitaline prenait part à une défervescence laquelle sans doute se serait opérée sans elle.

Ce n'est pas que dans la pneumonie même, des modifications thermiques ne soient constatées après l'usage de la digitaline. Nombre d'auteurs ont signalé une baisse et celle-ci se retrouve en effet fréquemment (de quelques dixièmes à un degré 1/2); quand elle est marquée et aboutit au chiffre de la température

Digitized by Google

normale, c'est que le malade était déjà arrivé à une période de la pneumonie où la guérison est possible. Ainsi un vieillard de 78 ans sujet aux retours de pneumonie, avale 35 gouttes de la solution de digitaline le sixième jour d'une pneumonie droite; à ce moment la température était à 40°, le lendemain matin, on ne retrouvait plus que 37°4.

Aussi bien l'action anti-thermique de la digitaline, quand elle semble se produire au cours de la pneumonie, demeure très fugace. Pour 12 ou 24 heures, alors que le thermomètre marquait auparavant 40°, la température descend à 39°4, 39°6, puis remonte à son chiffre antérieur.

Il arrive même qu'au lieu de baisser, la fièvre remonte après l'administration du remède,

Un jeune homme de 16 ans prend le 3e jour d'une pneumonie gauche XV gouttes de digitaline; c'était le matin, à ce moment le thermomètre marquait 39-2. Le même soir, il y avait 40°2 et le lendemain matin 39°4. — Cette élévation thermique est rare; nous ne l'avons retrouvée que deux fois sur nos dix neuf malades.

L'état fébrile stationnaire peut également prendre place; la digitaline n'influe aucunement la température et le degré d'avant la prise des gouttes est retrouvé par après.

Au reste, cette chute thermique, pourquoi serait-elle recherchée? Jadis nous avons insisté sur le pronostic favorable des hautes températures dans la pneumonie et la thèse de M. Donier, écrite sous notre inspiration, a été présentée sur un pareil sujet à la Faculté de Lyon. M. le Pr Lépine a bien voulu dire à propos de la soutenance de ce travail qu'il partageait notre manière de voir.

Si de la digitale employée contre la pneumonie on ne retire d'autre bénéfice que celui d'un abaissement thermique — alors qu'il est établi que le pronostic favorable est souvent en rapport avec les hautes températures — on se demande de quelle utilité est un semblable remède,

D'autant que la chute thermique qu'il produit n'est pas toujours accompagnée d'un amendement correspondant dans les symptômes. Parfois, au contraire, le malade va plus mal. Le pouls faiblit, devient irrégulier, comme il est arrivé chez nos artério-scléreux et notre diabétique. L'abaissement de la température en pareil cas devient un signe fâcheux et ne traduit que l'affaiblissement de l'organisme et l'impossibilité à réagir par la fièvre contre l'intoxication pneumonique.

En résumé, la digitaline cristallisée dans la pneumonie est loin d'être une panacée. Son utilité se montre assez douteuse; grâce à son emploi, l'asthénie cardiaque n'est pas toujours évitée quand le malade doit guérir, la digitaline ne nuit pas à sa guérison; mais dans les intoxications fortes, elle apparaît lamentablement impuissante.

Dans la grippe, les mêmes réserves s'imposent. Nous avons cité plus haut un fait où l'action avait semblé immédiatement favorable.

Bien déçu qui compterait régulièrement sur un succès aussi rapide.

Voici, par exemple, un homme de 40 ans, atteint le 28 janvier 98, de grippe infectieuse. Le 30 janvier au soir, le thermomètre marquant 40,8, il avale 40 gouttes de la solution de digitaline.

Le 31 janv. Tm. 39,4, Ts. 40.

Le 1er fév. Tm. 40,4, Ts. 41.

Le 2 fév. Tm. 40. A ce moment 30 gouttes de digitaline, ce qui n'empêche pas le thermomètre de remonter à 40,8 le soir, et de demeurer à 40° le lendemain matin.

Guérison le 7 février.

Donc, chez ce malade, à un moment baisse de 1,4 à la suite de la première dose de digitaline et hausse de 0,8 comme conséquence de la seconde dose.

Finalement guérison le neuvième jour.

Nous pourrions multiplier les observations. Entre les cas où la digitaline semble active et ceux où elle n'agit pas, apparaissent bien des intermédiaires.

Comme pour la pneumonie, il paraît établi que l'action du remède est très inégale. Quant au pouls, les doses de digitaline administrées à ce dernier malade n'ont pas empêché les battements de demeurer faibles et rapides, à 120 après comme avant.

Etre le jouet de coïncidences est, dans les maladies infectieuses, le sort ordinaire du thérapeute. Avant de conclure, que de réserves, s'il ne veut s'exposer à des désillusions journalières!

P.-S. — Mes confrères se souviennent peut-être d'un article publié dans le *Journal des Praticiens* du 20 janvier dernier. Nous y parlions de la réduction d'une hernie au bout de 44 heures d'étranglement et alors que des vomissements fécaloïdes étaient survenus. Cette réduction s'opérait spontanément moyennant l'application prolongée de compresses d'éther.

Aujourd'hui, deux distingués confrères, MM. les Drs Darquier (de Cahors), Ballivet (de Gex), veulent bien nous adresser des observations confirmatives. Chez deux de leurs malades, atteints l'un d'une hernie inguinale, l'autre d'une herdie crurale, la réduction s'opérait, grâce au même traitement : compresses d'éther maintenues sur l'anse herniée, une heure de temps dans un cas, deux heures dans l'autre.

Combien nous serions reconnaissants aux lecteurs de ce Journal si, usant à l'occasion de la même méthode, ils voulaient bien nous faire part des résultats obtenus. Toutes les observations seront naturellement publiées. — C. F.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

L'Aspergillose, maladie primitive

par le Dr Louis Rénon
Médecin des hôpitaux de Paris

(Communication *in extenso* de la section de Pathologie interne du Congrès de médecine.)

Il y a 10 ans, MM. Dieulafoy, Chantemesse et Widal attirèrent l'attention sur une mycose pulmonaire humaine professionnelle, développée primitivement, et due à l'action nocive de l'aspergillus fumigatus sur les voies respiratoires (1).

Après M. Potain, avec MM. Gaucher et Sergent, avec Lucet, j'ai largement contribué à rendre classique en France l'idée du rôle parasitaire du champignon (2). A la conception ancienne, soutenue par Virchow, Spring et Robin, qui considéraient l'aspergillose comme une lésion secondaire, j'ai opposé la conception française de l'action pathogène primitive de l'aspergillus fumigatus chez l'homme et chez les animaux; j'ai affirmé qu'il s'agissait d'un parasite jouissant d'une action spécifique aussi nettement déterminée que celle de l'actinomyces et du bacille de Koch.

Cette assertion était basée sur un ensemble de faits cliniques et expérimentaux indiscutables. Je dois à la vérité de dire que je ne possédais qu'une seule autopsie personnelle chez l'homme, et qui n'était pas démonstrative, en raison de la complexité des lésions; nous l'avions interprétée avec Sergent dans le sens d'une action sclérosante du champignon (3). J'ai d'ailleurs toujours été embarrassé pour la classification nosologique de cette affection mycosique primitive, puisque, dans la série de mes travaux de 1893 à 1899, on peut relever les trois dénominations de pseudo-tuberculose aspergillaire, de tuberculose aspergillaire et d'aspergillose, terme qui a définitivement prévalu. L'assimilation directe de la maladie de l'homme à l'animal était très plausible, et l'on sait que chez l'animal la mycose est indiscutablement de forme pseudo-tuberculeuse après certaines voies d'inoculation; un fait clinique et anatomique d'une aspergillose vertébrale ayant complètement simulé un mal de Pott, avait été très suggestif à cet égard (4).

Mes idées ont été très vivement combattues en Allemagne, où Max Podack (5) a nié que mes cas fussent des cas primitifs; j'avais forgé des armes contre moi-même en affirmant que, chez deux malades, j'avais à la fois trouvé des bacilles et des champignons dans l'expectoration. Depuis cette époque, les faits d'aspergillose primitive se sont partout multipliés, et l'opinion de l'école française reçoit une éclatante confirmation.

Dans une très remarquable monographie, Saxer, après avoir étudié les lésions aspergillaires du poumon de l'homme, n'hésite pas à dire qu'il se joint « avec une pleine conviction à la majorité des récents auteurs qui reconnaissent aux champignons le pouvoir de léser et de nécroser primitivement le poumon de l'homme ». Il croit, de plus, que « l'action pathogène de ces champignons, et surtout de l'aspergillus fumigatus, dans le processus destructeur du poumon est beaucoup plus fréquent que la plupart des auteurs ne l'ont supposé » (1). Saxer serait presque de l'opinion des auteurs français, s'ils voulaient renoncer à l'identification qu'ils ont faite de l'aspergillose avec la vraie tuberculose. On voit qu'on est bien près de s'entendre, d'autant plus qu'il est impossible de nier l'extraordinaire ressemblance des deux affections; chez l'animal, l'aspergillose revêt souvent l'apparence d'une pseudo-tuberculose, et, chez l'homme, elle aboutit à la formation de cavités pulmonaires, qui en ont tellement imposé pour de la tuberculose que presque toujours les bacilles ont été recherchés dans les crachats. Le terme d'aspergillose qui a prévalu me paraît devoir clore le débat.

Je tiens à faire remarquer que, presqu'en même temps, Kalindero (2) en Roumanie, Thomas Andrew Rothwell (3) en Angleterre, Vittorio Colla (4) en Italie, confirmaient de la façon la plus absolue le rôle pathogène primitif de l'aspergillus fumigatus. D'ailleurs, l'action du champignon est tellement spécifique que, selon toute vraisemblance, certains des cas décrits autrefois comme secondaires, doivent être interprétés aujourd'hui comme des cas primitifs. L'association de la tuberculose de Koch et de l'aspergillose primitive, que m'avait tant reprochée Max Podack, vient d'être constatée anatomiquement dans le poumon de l'homme par Saxer.

A l'heure actuelle, toutes les connaissances acquises sur l'aspergillose, maladie primitive, me paraissent devoir être comprises dans les conclusions suivantes :

1°) L'aspergillose est une maladie spontanée commune à l'homme et aux animaux.

2°) Chez les animaux, elle atteint les mammifères et les

(1) Dieulafoy, Chantemesse et Widal. Une pseudo-tuberculose mycosique. *Congrès de Berlin*, 1890.

(2) L. Renon. *Rech. clin. et exp. sur la pseudo-tuberculose aspergillaire*, Paris, 1893. — *Communications à la Société de Biologie* 1895-1896, et *Etude sur l'aspergillose chez les animaux et chez l'homme*. Paris, 1897.

(3) Rénon et Sergent. — Lésions pulmonaires chez un gaveur de pigeons. *Soc. de biologie*, 27 avril 1895.

(4) Rénon. — Mal de Pott aspergillaire. *Soc. de biologie*, 25 janvier 1896.

(5) Max Podack. *Virchow's Archiv*, 1895, t. CXXXIX.

(1) Fr. Saxer. *Pneumonomycosis aspergillina*. Iéna, 1900 p. 159 et 161.

(2) Kalindero. Un cas de pseudo-tuberculose aspergillaire. *La médecine orientale*, janvier 1898.

(3) Thomas Andrew Rothwell. *Dissertation on aspergillosis*, Manchester, 1899.

(4) Vittorio Colla. Un caso di pseudo-tuberculosi pulmonare da aspergillo fumigato in individua diabetica. *Clinica medica italiana*, n° 8, 1899.

Digitized by Google

oiseaux; elle se développe dans les œufs en incubation, et peut contaminer les embryons contenus dans ces œufs (Lucet) (1).

3°) Chez l'homme, elle se développe sur la cornée, sur la peau, mais évolue surtout dans l'appareil respiratoire, créant des mycoses pulmonaires ressemblant à la tuberculose et à la gangrène du poumon sans odeur fétide; elle peut guérir par l'expulsion au dehors du foyer aspergillaire nécrosé; elle peut coexister avec la vraie tuberculose de Koch. Elle amène parfois la terminaison fatale, résultat d'un processus aspergillaire primitif, inflammatoire et nécrotique, aboutissant à la formation de cavités pulmonaires. Elle peut enfin envahir l'appareil bronchique seul, déterminant des bronchites membraneuses particulières et à longue évolution (Obici (2), Rénon et Devillers (3).)

4°) Dans l'étiologie et la pathogénie de cette mycose, la contamination par les graines joue un rôle capital, les personnes qui les manient étant beaucoup plus atteintes que les autres.

5°) Expérimentalement, les lésions sont chez l'animal presque toujours pseudo-tuberculeuses, et parfois nécrotiques et ulcérantes, selon la voie d'inoculation.

6°) L'aspergillose primitive est une affection relativement fréquente. Elle ett complètement différenciée et absolument spécifique.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement de la tuberculose pulmonaire

Par le Dr Schoull
Médecin de l'hôpital civil français de Tunis

Je désirerais consigner le résultat de mes observations, tant à l'hôpital civil français de Tunis, que dans ma clientèle privée, sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par divers agents thérapeutiques préco-nisés depuis quelque temps; ces observations ont porté sur une période de deux ans, et les cas assez nombreux que j'ai eu l'occasion de traiter permettent d'établir des comparaisons.

Et d'abord, j'ai le regret d'être d'un avis diamétralement opposé à celui qu'on a émis sur la rareté de la tuberculose à Tunis; cette maladie y est au contraire très fréquente, et cette fréquence ne fait que s'accuser de plus en plus. On ne peut certes incriminer le climat qui, malgré d'assez brusques variations de température, semble plutôt défavorable à l'éclosion et à l'extension de la tuberculose: la rareté de cette affection dont la population militaire de Tunis en est une preuve. On pourrait croire que les cas de tuberculose constatés à Tunis sont importés pour la plupart. C'est là encore une erreur car, s'il est vrai que quelques tuberculeux viennent à Tunis pour bénéficier de son climat, la majorité des malades semblaient avoir contracté leur affection sur place. D'un autre côté, la population indigène juive ou arabe, est fort éprouvée par la tuberculose à qui les enfants eux-mêmes paient un lourd tribut.

On aura une idée de la fréquence de la tuberculose, par la statistique des décès observés à l'hôpital français de Tunis. du fait de cette maladie : depuis le 16 novembre 1898, date de son ouverture, jusqu'au 30 juin 1900, on a enregistré à l'hôpital pour 2,104 entrées, 120 décès pour affections médicales, dont 48 par tuberculose : l'effrayante éloquence de ce chiffre en dit assez.

Un facteur étiologique peut ici être invoqué sans la moindre hésitation : c'est la contagion, que favorise singulièrement la déplorable habitude qu'ont les indigènes, aussi bien Israélites qu'Arabes, et riches comme pauvres, de cracher à terre; dans la population juive surtout, on n'arrive le plus souvent au lit du tuberculeux qu'en évoluant au milieu des produits d'expectoration : c'est répugnant et dangereux d'autant plus qu'on tient peu compte des objurgations médicales à ce sujet. Il est à espérer que des mesures d'hygiène suffisantes essaieront d'enrayer le mal; mais jusqu'à présent on n'a rien fait ou presque rien, quoi qu'on en ait pu dire. La tuberculose était paraît-il, rare à Tunis, il y a ûn certain nombre d'années; on la croit rare encore, et cette trompeuse sécurité a empêché jusqu'alors, de prendre les mesures nécessaires.

D'autres causes étiologiques peuvent entrer en ligne de compte : la densité de la population dans certains quartiers; l'agglomération dans certains appartements, où habitent parfois plusieurs familles ensemble; l'alcoolisme; la syphilis; peut-être l'alimentation; mais il serait trop long de s'étendre sur ces questions pour l'instant.

Avant d'exposer les résultats des divers traitements auxquels j'ai soumis les tuberculeux. Je tiens à dire que chez tous la cure hygiénique (aération, repos, alimentation aussi substantielle que possible), les toniques (quinquina, kola, glycéro-phosphates), l'huile de foie de morue quand elle était bien supportée, enfin un mode de révulsion auquel j'ai constamment recours, les pointes de feu tous les 8 ou 15 jours, selon le cas, ont accompagné le traitement médicamenteux.

J'ai soumis 11 malades à la médication par le *métavanadate de soude* à l'intérieur, d'abord à la dose de 1/2 milligramme, augmentée progressivement jusqu'à 1 milligramme par jour, dose que je n'ai pas dépassée; les uns prenaient le médicament pendant une semaine sur deux, les autres un jour sur deux (ce mode d'administration m'a paru n'avoir aucune importance spéciale). Sur ces 11 malades, deux étaient à la période cavitaire, 4 avaient des si-

(1) Lucet. *De l'aspergillus fumigatus chez les animaux domestiques et dans les œufs en incubation.* Paris, 1897.

(2) Obici. Ueber die pathogenen Eigenschaften der Aspergillus fumigatus *Ziegler's Beitrœge*, 1898, Bd. XXIII.

(3) Rénon et Devillers. Bronchite membraneuse chronique aspergillaire primitive. *Soc. médicale des hôpitaux.* 1er décembre 1899.

Digitized by Google

gnes de ramollissement, 2 des craquements secs, 3 avaient une tuberculose fermée, avec signes de condensation du sommet ; au bout de deux mois de traitement, les trois derniers malades avaient seuls retiré de la médication un réel bénéfice ; les 2 cavitaires étaient morts ; sur les 6 avec craquements, 4 avaient éprouvé une modification favorable au point de vue de l'état général ; mais chez aucun on ne pouvait remarquer une amélioration locale appréciable ; à l'examen bactériologique, les bacilles étaient toujours aussi abondants.

Le *cinnamate de soude* (1 milligramme en injection hypodermique tous les 2 jours) ne m'ayant donné, chez 5 malades en traitement, aucune modification favorable, je n'ai employé cette médication que pendant un mois, temps sans doute insuffisant pour établir une conclusion.

Il n'en est pas de même du *cacodylate de soude* que j'ai administré au début, tantôt sous forme pilulaire, tantôt en injections hypodermiques ou intra-musculaires (cette dernière méthode est sans inconvénients, et paraît préférable). Je n'ai plus recours qu'aux injections; j'emploie la formule de M. Gautier ; la dose injectée varie de 0 05 à 0 10 centigrammes par jour, pendant une semaine sur deux, ou dix sur vingt. Ici, les résultats ont été, le plus souvent, nettement favorables. J'ai traité ainsi, tant à l'hôpital qu'en ville 14 malades (3 cavitaires, 8 avec craquements humides ou secs, 3 à la période d'induration). Aucun résultat appréciable chez les cavitaires ; chez deux malades, le traitement n'a pu être suffisamment continué en raison de phénomènes d'intolérance (céphalalgie, nausées, vomissements). Chez une femme de 34 ans (ville), tuberculeuse à la période de ramollissement, j'ai observé un véritable empoisonnement : la première injection faite le 29 septembre 1899 (5 centigrammes de cacodylate) a provoqué au bout de quelques heures à peine des douleurs intestinales, avec diarrhée abondante, nausées et vomissements, sueurs profuses, lourdeur dans les jambes, coloration brun foncé de l'urine devenue trouble. Toutes ces manifestations toxiques disparurent d'elles mêmes par la cessation du médicament: il fut repris au bout de 8 jours, à moindres doses (3 centigrammes par jour) et sous forme pilulaire cette fois; retour presque immédiat des accidents, et cessation définitive du médicament. Il s'agissait là sans aucun doute d'une véritable idiosyncrasie.

Chez les 8 malades restants, 6 ont bénéficié de la médication ; diminution de la fièvre, des sueurs, de la toux, de l'expectoration ; augmentation de l'appétit, du poids, des forces, diminution du nombre de bacilles ; des 3 malades à tuberculose fermée, deux paraissaient guéris au bout de deux mois de traitement.

Un seul agent thérapeuthique m'a donné des résultats aussi favorables que le cacodylate de soude : c'est le *thiocol* (dérivé gaïacol) préconisé par Schnirer, de Vienne. J'ai administré le thiocol à la dose de 1 gr. 50 à 3 gr. par jour, en cachets de 0,50 ctgr pris au moment des repas. J'ai soumis 7 malades à cette médication (2 à la première période, 2 avec craquements secs, 3 avec signes de ramollissement). Tous ces malades on vu leur état se modifier favorablement, aux points de vue général et local.

Cette efficacité des deux médications (cacodylate et thiocol) m'a donné l'idée de les associer et, comme on va voir les résultats paraissent beaucoup plus favorables qu'avec chaque médication isolée. Je conseille le traitement de la façon suivante : pendant 10 jours sur 20, injection de cacodylate de soude le matin (0,05 centigrammes) et parfois nouvelle injection le soir (je n'ai jamais dépassé 0,10 ctgr. par jour). Au moment de chaque repas, un ou deux cachets de thiocol, cela pendant quinze jours sur vingt ; les cinq jours qui restent, abstention de tout médicament, puis reprise de la médication associée, etc.

Sur 8 malades traités de la sorte, 2 cavitaires semblent n'avoir éprouvé aucun soulagement ; 4, dont 3 à la période de ramollissement, sont considérablement améliorés à tous les points de vue ; enfin deux, dont je vais donner en quelques mots l'observation, paraissent absolument guéris. Je dis à dessein « paraissent guéris » car s'il est vrai que ces deux malades ne présentent plus aucun symptôme morbide ; que les bacilles, nombreux chez tous deux, ont totalement disparu, on ne peut affirmer qu'il ne s'agisse point de ces trêves dont la tuberculore est parfois coutumière : toujours est-il que le traitement a produit ici des résultats vraiment remarquables.

Observation I. — Mme D..., 24 ans, vient me consulter en octobre 1899 pour une bronchite dont elle ne peut se débarrasser, dit-elle. Comme antécédents héréditaires, tuberculose chez des collatéraces ; antécédents personnels : a toujours été chétive, s'enrhumait facilement, a eu des hémoptysies à plusieurs reprises. A l'examen, aspect d'anémie profonde, teint pâle, yeux légèrement encavés, cicatrices d'anciennes adénites cervicales suppurées ; amaigrissement notable, survenu progressivement, voix enrouée, toux fréquente, perte de l'appétit, troubles gastro-intestinaux avec poussées de diarrhée ; fièvre le soir avec sueurs nocturnes. A la percussion, submatité aux deux sommets, plus accusée à droite ; à l'auscultation : signes d'induration à gauche, craquements secs à droite. A l'analyse bactériologique, bacilles encore peu nombreux. Traitement : créosote, iodoforme et arséniate de soude ; huile de foie de foie de morue, toniques, pointes de feu, hygiène rigoureuse. Au bout d'un mois, l'état s'était aggrvé à tous les points de vue : on percevait au sommet droit quelques râles humides ; l'expectoration, plus abondante, mincopurulente, renfermait de nombreux bacilles. — La malade est soumise au traitement par le métavanadate de soude pendant 6 semaines : aucun résultat, et les lésions s'étendent de plus en plus. La cacodylate de soude est essayé et semble réussir au début ; mais après deux séries d'injections, la tuberculose, qui avait « marqué le pas », reprend une marche rapidement ascendante : des craquements secs apparaissent au sommet gauche, râles humides à droite, très nombreux bacilles dans les crachats, amaigrissement de plus en plus accusé, fièvre hectique, perte des forces. En février 1900, on croyait Mme D... perdue, et moi-même en désespérais absolument. C'est alors que j'eus l'idée d'associer au cacodylate de soude la médication par le thiocol : injection de cacodylate de soude le matin, 2 grammes de thiocol en 4 cachets. Au bout d'une quinzaine de jours, on constatait déjà une

Digitized by Google

amélioration légère; l'appétit renaissait, la fièvre, les sueurs avaient diminué, la diarrhée avait disparu. Ce n'est qu'au bout de 6 semaines environ que l'on put constater une modification favorable dans l'état local : les craquements secs avaient disparu au sommet gauche ; les râles humides étaient moins nombreux au sommet droit, le nombre des bacilles diminuait. L'amélioration aussi bien de l'état général que de l'état local, fut régulière et progressive. A commencement de juin, c'est-à-dire quatre mois à peine après le début du traitement, Mme D... avait engraissé de plusieurs kilos, repris des forces, des couleurs, ne toussait plus ; les accès de fièvre, sueurs, diarrhée, raucité de la voix, avaient depuis longtemps disparu ; toutes les fonctions s'accomplissaient normalement. *Plus de bacilles* dans les crachats ; une nouvelle analyse, faite 3 semaines après, a été négative aussi. A l'examen, il persiste une très légère submatité à droite, de la diminution de l'élasticité à gauche ; à droite, au contraire, diminution sensible du murmure vésiculaire ; plus de râles d'aucune sorte.

L'Observation II est à peu près identique, avec cette différence toutefois qu'ici les lésions étaient beaucoup moins avancées. M. D..., beau-frère de la précédente malade, âgée de 32 ans, avait eu jadis une pleurésie à droite, toussait fréquemment, se plaignait de sueurs nocturnes. En mars 1900, M. D..., qui était géomètre au service topographique dut, lors d'une tournée de service, supporter la pluie pendant toute une journée ; n'ayant pas de vêtements de rechange au gîte d'étape, il se refroidit et prit une poussé aiguë de broncho-pneumonie : traitement par les lavements créosotés, amélioration rapide. Au bout de 15 jours, les phénomènes aigus, — qui m'avaient fait craindre, étant donné les antécédents du malade, une tuberculose à marche galopante, — s'étaient amendés complètement ; il persistait seulement des craquements secs au sommet droit, de la rudesse respiratoire et de l'expiration saccadée à gauche ; bacilles assez nombreux dans les crachats. Traitement : cacodylate en injections, thiocol (1 gr. 50 par jour), pointes de feu, toniques, hygiène. Amélioration rapide : au bout de 2 mois, M. D... n'avait plus de bacilles dans les crachats, tous les phénomènes morbides avaient disparu ; quand j'ai vu le malade pour la dernière fois (fin juin), il paraissait absolument guéri.

En somme, des observations que j'ai faites, il semble ressortir que l'association du cacodylate de soude et du thiocol constitue un traitement, plus efficace que les autres, de la tuberculose pulmonaire.

En terminant, je veux encore exposer un dernier fait : les inhalations de chloroforme ont été préconisées contre la tuberculose : je les avais essayées déjà il y a deux ans, sans grand résultat, je l'avoue. De plus, on connaît l'influence favorable des inhalations de formol. Or, ayant dans mon service deux tuberculeux cavitaires absolument désespérés (homme de 34 ans, jeune fille de 19 ans), j'ai eu l'idée de tenter les inhalations copieuses de chloroforme additionné de formol ; les deux malades, ne se faisant aucune illusion sur leur état, avaient accepté toute tentative. Pour permettre la pénétration aussi complète que possible des vapeurs de chloroforme formolisé (j'employais la solution d'abord 1, puis 2 pour 1000), je poussais les inhalations jusqu'à l'anesthésie complète. Je procédais de la façon suivante : je pratiquais, deux fois par semaine, une anesthésie ; il fallait pour cela 20 à 23 grammes de chloroforme formolisé (une goutte de formol par 10 grammes de chloroforme). Je me servais d'un masque recouvert de taffetas gommé ; l'anesthésie était pratiquée lentement, prudemment, car il se produisait presque toujours, au début, une toux qui se calmait rapidement du reste ; il fallait 25 à 30 minutes pour amener l'anesthésie. Les autres jours de la semaine, je faisais inhaler 10 grammes de chloroforme formolisé.

Je dois dire que ces tentatives n'ont pas donné jusqu'alors de résultats bien brillants, en raison peut-être de la gravité des lésions. Ces essais sont trop récents encore et trop limités pour être même signalés ; aussi je ne prends la liberté de les relater que pour mémoire, et parce qu'ils ont amené une constatation que je crois assez intéressante : jamais l'anesthésie n'a provoqué de nausées, vomissements, ou troubles digestifs quelconques ; les malades semblaient au contraire avoir repris de l'appétit et mangeaient, parfois une demi-heure à peine après les inhalations, sans éprouver le moindre malaise ; je ne sais s'il s'agit là de faits isolés, ou bien si l'addition de formol empêcherait les troubles digestifs que provoque si fréquemment l'anesthésie chloroformique.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Lotions contre la chute des cheveux :

I. Formol	0 gr. 50
Nitrate de pilocarpine	2 grammes
Teinture de Cantharides	30 —
— Jaborandi	30 —
— noix vomique	30 —
Baume Fioraventi	45 —
Alcoolat citron	45 —
II. Formol	0 gr. 25
Chloral	1 — 50
Alcool méthylique	100 grammes

Vernis antiseptique remplaçant le collodion (Nicaise) :

Thymol	1 gr. 50
Baume de Tolu	5 grammes
Gomme laque pulvérisée	60 —
Alcool à 90°	50 —
Ether	100 —

Lotion contre l'urticaire (Gaucher) :

Alcoolat éthylique	30 grammes
Ether sulfurique	30 —
Chloroforme	30 —
Menthol	0 gr. 10

Contre l'agrypine :

Extrait de belladone	àà 0 gr. 25
— de cannabis indica	
Bromure de sodium	àà 15 grammes
Hydrate de chloral	
Sirop simple	100 —

A prendre le soir une à deux cuillerées à café.

(Centralbl. f. Therapie.)

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Indications thérapeutiques dans l'appendicite

Par M. Jalaguier, *professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux*

Une indication générale, n'admettant à mon avis que peu d'exceptions, domine l'histoire thérapeutique de l'appendicite : c'est que tout appendice iléo-cœcal qui a été, ne fût-ce qu'une seule fois, atteint d'appendicite bien caractérisée, doit être considéré comme dangereux et justiciable de l'intervention chirurgicale.

A quelle époque et dans quelles conditions faut-il intervenir? Aussitôt que le diagnostic d'appendicite est posé, disent les uns. Très rarement pendant la crise aiguë, et seulement « à froid », soutiennent les autres.

Les arguments des interventionnistes hatifs sont les suivants : lorsqu'une appendicite éclate, il n'est pas possible d'en prévoir l'évolution; telle appendicite qui donne lieu à des manifestations de début presque insignifiantes peut se compliquer tout à coup des accidents les plus redoutables contre lesquels l'intervention chirurgicale se trouvera souvent impuissante : péritonite aiguë, intoxication générale de l'économie. L'intervention hâtive supprimera tout danger de perforation et d'infection locale ou générale, et, si la perforation s'est déjà produite, l'opération a d'autant plus de chance de sauver le malade qu'elle est plus rapprochée du début des accidents.

Le traitement non opératoire est incapable de prévenir ou d'enrayer ces accidents et fait perdre un temps précieux.

En somme, pour les médecins et les chirurgiens de cette école, les indications thérapeutiques dans l'appendicite sont très simples, puisque tout se réduit à une question de diagnostic. Le diagnostic d'appendicite implique l'opération immédiate, quelle que soit la forme et la période de la maladie.

Certes, c'est là une doctrine séduisante, commode et qui supprime pour ses adeptes les préoccupations, je dirai même les angoisses de ceux qui pensent comme moi que l'intervention n'est que rarement indiquée pendant la crise aiguë et qu'il faut tout mettre en œuvre pour conduire le malade jusqu'au moment où l'opération à froid sera praticable avec sécurité.

Je vous demande la permission de rappeler que j'ai été l'un des premiers en France, à défendre cette manière de procéder (1). Plus mon expérience s'étend et plus ma conviction s'affermit dans ce sens. J'ai observé à l'heure actuelle 360 malades atteints d'appendicite de toutes variétés, et les observations m'ont démontré que lorsqu'une appendicite est correctement traitée dès son début, l'opération est bien rarement nécessaire pendant l'évolution des accidents aigus; ce traitement consiste dans l'immobilité, la diète absolue, la glace largement appliquée sur tout l'abdomen, l'opium, et, dans les cas graves, les injections massives de sérum artificiel. On doit s'abstenir rigoureusement, quels que soient les phénomènes d'occlusion, de l'administration des purgatifs et des lavements.

Grâce à cette thérapeutique, les phénomènes inflammatoires et infectieux se localisent et s'atténuent presque toujours et la crise d'appendicite se termine par la résorption spontanée des exsudats L'examen attentif du malade permet de se rendre compte de l'évolution de la maladie et la localisation des accidents se traduit par des signes cliniques suffisamment précis pour qu'on puisse espérer ne pas se laisser surprendre par des complications irrémédiables.

Il est parfaitement exact que lorsqu'une appendicite débute, on ne peut prévoir dans quel sens elle évoluera, mais le traitement que je viens d'indiquer peut être considéré comme un traitement d'épreuve. Si la localisation doit se faire, on voit, dans l'immense majorité des cas, les accidents s'amender rapidement; la douleur, d'abord diffuse, tend à se limiter à la région de l'appendice, la paroi abdominale recouvre sa souplesse, excepté dans la fosse iliaque droite, les vomissements cessent ou diminuent de fréquence, les caractères du pouls s'améliorent, le visage perd son aspect grippé. Ordinairement on est fixé au bout de 12 ou 24 heures.

Dans bien des cas l'amélioration est si franche au bout de 36 à 48 heures que toute incertitude relativement à la localisation de la péritonite disparaît. Dans les cas graves, après l'atténuation des phénomènes plus ou moins intenses de péritonisme ou de péritonite généralisée, on voit persister pendant quelques jours des symptômes de péritonite circonscrite et d'infection générale. La température est élevée, le pouls vif et rapide, la langue est sale, parfois un peu sèche, les douleurs abdominales restent assez vives avec prédominance vers la fosse iliaque droite; il y a presque toujours un certain degré de ballonnement avec contracture des muscles du côté droit et hyperesthésie cutanée. La constipation est absolue et l'émission des gaz est supprimée. Il n'est pas rare d'observer, en même temps, de la rétention d'urine ou de la dysurie. D'ordinaire l'expression de la physionomie n'est que peu altérée.

Les choses peuvent rester en cet état pendant 3, 4, 5 jours et même davantage, sans qu'il y ait lieu de désespérer de la terminaison favorable, pourvu que le pouls et la température soient concordants, s'il n'y a pas d'agitation, et, surtout, si l'on peut assister à la formation d'une induration, véritable plastron, qui indique le travail de défense de la

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 9 mars 1892, p. 185. — Appendicite, *Traité de chirurgie*, 2e édit., 1898, t. VI. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1er févr. 1899, p. 113.

Digitized by Google

séreuse péritonéale. On sera tout à fait rassuré, si, en même temps, reparaît l'émission des gaz.

Le plastron est en général appréciable à partir du 2e, 3e ou 4e jour : c'est le signe palpable de la localisation de la péritonite. Loin d'être une indication à intervenir, cette induration, cet empâtement, ce plastron, quel que soit le nom qu'on lui donne, est un signe favorable et doit engager à persévérer dans le traitement médical. Cette notion de la valeur pronostique du plastron n'est pas universellement admise. Pour beaucoup de médecins et de chirurgiens, la constatation d'un empâtement commande au contraire l'intervention immédiate. Il m'est arrivé maintes fois d'être appelé pour opérer d'urgence dans ces conditions, du 4e au 10e jour ; j'ai toujours refusé sans avoir à m'en repentir, mais j'avoue que souvent la responsabilité m'a semblé lourde.

Le plastron ne se trouve pas toujours dans la fosse iliaque droite; il faut alors chercher si l'on ne découvre pas une induration circonscrite dans un autre point de l'abdomen ou même dans l'excavation pelvienne. Quel que soit le siège de l'induration, sa valeur pronostique reste la même, en admettant, bien entendu, que l'état général demeure satisfaisant et que le pouls soit d'accord avec la température.

La discordance du pouls et de la température se manifeste de deux façons différentes qui n'ont pas la même signification : tantôt, la température s'abaisse pendant que le pouls devient rapide, c'est l'indice presque certain de l'extension de la péritonite. Il n'y a plus à temporiser. Tantôt, au contraire, la température restant élevée, c'est le nombre des pulsations qui diminue pour tomber à 60 et même 50. J'ai observé ce fait sur 5 malades après 4 ou 5 jours de diète absolue et d'administration d'opium. Je crois que c'est un effet de l'inanition et peut-être aussi de la stercorémie; ces 5 malades ont guéri après des injections très abondantes de sérum artificiel.

J'ai déjà parlé de l'émission des gaz par l'anus; ce symptôme, dans les cas favorables, est sensiblement contemporain de l'apparition du plastron; il indique que la fin de la crise est proche. Il n'en reste pas moins indispensable de maintenir dans toute leur rigueur l'immobilité et la diète. Si la langue est sèche et la soif vive, on peut permettre l'absorption d'une certaine quantité d'eau (eau bouillie, eau de Vichy, thé, café très léger, etc.); on continuera ce régime jusqu'au jour où la défervescence sera complète, défervescence qui se produit le 3e ou le 4e jour dans les cas légers, qui se montre d'ordinaiae du 5e au 7e jour et que j'ai vue se faire attendre jusqu'au 10e jour sans modification de l'état local et général; dans les cas de cette catégorie, il est indispensable de soutenir les forces du malade et de favoriser les phénomènes d'élimination par des injections quotidiennes de sérum.

On ne donnera la première tasse de lait que le lendemain du jour où la température sera revenue à la normale. Souvent le thermomètre remonte quelque peu à cette occasion; il n'y a pas lieu de s'en inquiéter si la douleur locale, qui avait presque complètement disparu, ne présente pas de recrudescence.

On peut considérer dès lors la crise aiguë comme terminée; mais il reste encore à provoquer les garde-robes si elles ne se sont pas montrées spontanément après que l'administration de l'opium a été suspendue, opium que je conseille de supprimer aussitôt que les douleurs vives des premiers jours se sont calmées. On administrera 24 ou 36 heures après la fin de la crise, d'abord un lavement ou des suppositoires, puis une faible dose d'huile de ricin.

Je n'insiste pas sur les précautions que l'on doit prendre jusqu'à la disparition de tout phénomène local, c'est-à-dire jusqu'à la fin de la 3e ou 4e semaine pour les cas d'intensité moyenne, temps qui doit être beaucoup plus long pour les cas graves et lorsque la résorption des exsudats est lente à se faire.

J'ai supposé que l'évolution de l'appendicite, soumise ainsi dès son début au traitement rationnel, se faisait régulièrement vers la guérison spontanée par résolution ou résorption des exsudats, mais je suis bien loin de penser et de dire que les choses se passent toujours ainsi et qu'il faille se renfermer dans une abstention systématique quels que soient les incidents qui puissent se produire pendant la crise aiguë.

Divers incidents, en effet, peuvent survenir et commander l'intervention chirurgicale.

L'indication d'opérer se présente lorsque, après 24 ou 36 heures du traitement, on ne constate aucune amélioration, lorsqu'il y a de l'agitation, des douleurs vives et lorsque le nombre des pulsations augmente tandis que la température tend à s'abaisser.

L'indication n'est pas moins nette si après une amélioration de courte durée on constate une recrudescence des symptômes qui avaient paru un instant s'amender : la réapparition ou augmentation de fréquence de vomissements, élévation ou abaissement anormal de la température, altération des traits, persistance ou augmentation des douleurs.

A partir du 5e ou du 6e jour, la fin de la crise doit approcher ; si, au lieu de s'abaisser, la température s'élève, s'il y a de grandes oscillations du thermomètre, ou bien si la température, s'abaissant progressivement, n'est pas suivie par un abaissement proportionnel du chiffre des pulsations, s'il y a un ou plusieurs frissons, si les douleurs locales augmentent d'acuité et surtout si elles reviennent par crises, et si l'empâtement s'accroît et devient le siège d'une sensibilité douloureuse intense à sa partie centrale ou bien en dedans de l'épine iliaque et au dessus de l'arcade crurale, dans toutes ces conditions, l'expectation devient dangereuse ; il convient d'opérer.

Il arrive encore parfois qu'après la défervescence et une période de bien-être ayant duré quelques jours, on assiste à une nouvelle poussée imputable presque toujours, soit à la cessation de l'immobilité, soit à un excès d'alimentation.

Digitized by Google

Si cette poussée résiste plus de 24 ou 36 heures à la reprise rigoureuse de la diète et de la glace, il ne faut pas hésiter à intervenir.

Il faut encore opérer, sans attendre le refroidissement complet, lorsque, l'appendicite s'arrêtant dans son évolution favorable, on assiste à une succession de petites crises aiguës ou subaiguës d'une durée variable et plus ou moins rapprochées. Dans l'intervalle de ces crises, on voit persister dans la fosse iliaque ou dans l'excavation un empâtement ou une induration de volume variable. C'est l'appendicite à recrudescences.

Telles sont, très résumées, les indications de l'opération pendant l'évolution d'une appendicite surveillée et dirigée depuis les premières heures par le chirurgien, qui seul à mon avis, est responsable du moment de l'intervention. Malheureusement, en pratique, il en est rarement ainsi, et bien souvent nous ne sommes appelés à juger de l'opportunité d'une action chirurgicale qu'après un certain nombre de jours pendant lesquels, la thérapeuthique la plus irrationnelle et la plus néfaste a été mise en œuvre : purgatifs à outrance, lavements forcés, etc. Dans ces conditions, les indications sont quelquefois très difficiles à apprécier.

Je crois qu'en pareille circonstance, il faut s'attacher à établir d'abord le diagnostic exact de la forme de l'appendicite, ou mieux, du stade auquel elle est arrivée. On peut y arriver dans la très grande majorité des cas par l'analyse minutieuse des phénomènes locaux et généraux et par la recherche attentive de ce qui s'est passé depuis le début de la maladie.

On instituera le traitement médical si l'on a quelque raison de penser que la péritonite est plastique et circonscrite. Mais l'on se tiendra prêt à intervenir au premier symptôme alarmant.

L'indication d'opérer sans s'attarder au traitement médical se présente si l'on constate les symptômes suivants : fièvre vive durant depuis plus de cinq à six jours avec ou sans frissons, diarrhée fétide, état typhoïde, douleur vive, spontanée, revenant par crises, douleur excessive à la pression au niveau de l'empâtement, discordance entre la température et le pouls, etc.

Il faut opérer encore, lorsque la généralisation de la péritonite est un fait accompli ; le traitement médical, à cette période n'a plus guère de chance de réussir ; mais il ne faut opérer que si la péritonite est caractérisée par une réaction inflammatoire franche, et si l'organisme paraît en état de supporter le traumatisme opératoire. Si le pouls a disparu, ou bien s'il présente des intermittences, je crois qu'il vaut mieux s'abstenir. Dans la forme purulente, inflammatoire de la péritonite généralisée, on a jusqu'au 4e ou 5e jour quelques chances de sauver le malade. Dans la forme septique diffuse, au contraire, l'intoxication est tellement rapide que la situation est désespérée après trente-six ou quarante-huit heures et, pour ma part, je n'opère plus dans ces conditions.

En effet, j'ai opéré 25 fois pour des péritonites généralisées, et ces opérations ont été pratiquées d'emblée sans que je me sois attardé au traitement médical. J'ai eu 20 morts et 5 guérisons. Dans 13 cas il s'agissait de péritonites inflammatoires franches à grands enkystements ; c'est dans cette série que je compte mes 5 guérisons. 12 fois, j'ai eu affaire à des péritonites septiques diffuses et mes 12 opérés ont succombé. Il faut dire que cette triste série a été observée il y a déjà plusieurs années à une époque où les péritonites d'origine appendiculaire étaient généralement mal connues et où le chirurgien n'était appelé à intervenir que lorsque les malades se trouvaient dans un état presque désespéré Depuis le 4 juillet 1897, je n'ai pas eu l'occasion d'opérer un seul cas de péritonite généralisée ; cela ne veut pas dire qu'il ne s'en présente pas encore quelques cas, mais ils sont certainement beaucoup plus rares qu'autrefois parce que l'on sait mieux traiter l'appendicite. En ce qui me concerne, la raison de la diminution du nombre des cas de péritonite dans ma pratique hospitalière tient à ce que, depuis la fin de 1897, je suis chargé d'un service à l'hôpital des Enfants-Assistés, où ne sont pas admis les cas d'urgence. D'autre part, je suis devenu de plus en plus abstentionniste et grâce aux injections massives de sérum, employées dès le début, j'ai pu amener à la guérison des malades présentant des appendicites sévères et que j'aurais certainement opérés autrefois. Ces malades, observés depuis trois ans dans la clientèle de la ville, sont au nombre de 11 ; ils étaient tous très gravement atteints ; j'ai cru pouvoir porter le diagnostic de péritonite généralisée ou tout au moins en voie de généralisation et 10 ont guéri sans intervention. C'est évidemment une série heureuse, et je n'espère pas toujours de pareils résultats ; on pourra me dire aussi que je n'ai pas la preuve de l'exactitude de mon diagnostic ; j'en conviens ; mais ce que je puis affirmer, c'est que j'aurais opéré immédiatement ces 11 malades il y a cinq ou six ans.

Il serait injuste d'opposer sans réserves ces résultats à ceux que j'ai obtenus autrefois par l'intervention En effet, les malades opérés étaient depuis plusieurs jours en pleine péritonite ; ils étaient pour la plupart profondément infectés et épuisés. Au contraire, ceux qui ont guéri sans intervention ont pu être soumis au traitement médical et aux injections de sérum, quelques-uns tout au début, les autres peu après le début des accidents. Il est bien probable que, si je les avais opérés, la proportion des guérisons aurait été supérieure à un pour cinq. Il n'en est pas moins vrai que les résultats obtenus par la non-intervention sont des plus favorables et qu'ils m'autorisent, ce me semble, à persévérer dans mes tendances abstentionnistes.

Voici maintenant la stistique intégrale des malades observés par moi en crise aiguë d'appendicite et non opérés pendant cette crise :

J'ai pu observer pendant la période aiguë 136 cas d'appendicite qui m'ont paru justiciables du traitement médical et de l'expectation. Sur ces 136 cas, la guérison a été

Digitized by Google

obtenue 121 fois. (Les 11 cas que je viens de citer sont compris dans cette statistique).

Dix malades ont dû être opérés à chaud, 7 par moi-même et 3 par des collègues. Ils ont guéri. 2 malades ont guéri spontanément après évacuation d'un abcès par le rectum ou la vessie ; 3 malades ont succombé.

Ces 3 cas malheureux réclament quelques commentaires : dans un cas il s'agissait d'une jeune fille de treize ans et demi, auprès de laquelle je fus appelé au 5e jour d'une appendicite méconnue ; l'état était si grave que l'intervention ne me parut pas praticable, Je conseillai des injections massives de sérum. Au bout de douze heures une amélioration notable s'est produite et j'entrevoyais la possibilité d'opérer. Les accidents reprirent avec une nouvelle intensité et la mort survint en quelques heures.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-deux ans, pour lequel deux de mes meilleurs amis et collègues m'avaient demandé conseil. Nous avions affaire à une appendicite pelvienne nettement circonscrite ; le traitement par la glace et l'opium fut institué et tout marcha à souhait ; le 20e jour, le jeune homme paraissait guéri quant il fut emporté en 24 heures par une péritonite foudroyante consécutive, sans doute, à la rupture d'un foyer pelvien. Il est bien probable que si nous n'avions pas négligé de pratiquer régulièrement le toucher rectal, l'abcès eût pu être reconnu et évacué.

Enfin, dans un dernier cas, il s'agissait d'un jeune homme de dix-sept ans, observé par moi au 5e jour d'une péritonite circonscrite pelvienne pour laquelle le traitement médical et les injections de serum semblèrent d'abord donner un plein succès. Au 15e jour, tout danger paraissait écarté; le 16e jour il fut pris d'accidents singuliers : vomissements diarrhée sanguinolente avec ténesme, frissons, langue et gencives rouges et desséchées, l'aspect du visage était était atroce. Je n'avait pas vu l'enfant depuis plusieurs jours et, comme on me racontait qu'il avait pris la veille et l'avant-veille, sans aucun effet évacuateur, deux doses de 50 centigrammes de calomel, je crus pouvoir mettre ces accidents sur le compte d'un empoisonnement. Le lendemain, l'enfant était dans un état désespéré ; aucune intervention n'était possible. Je me demande encore si je me suis trompé et si je n'aurais pas dû attribuer ces accidents à une infection soudaine partie d'un foyer péri appendiculaire.

Tel est mon bilan. J'ai perdu, il est vrai, trois malades, mais il n'en reste pas moins le fait incontestable que 133 malades atteints d'appendicite aiguë parmi lesquelles 32 étaient particulièrement graves, sont arrivés à la résolution sans intervention chirurgicale.

Aurait-on obtenu de meilleurs résultats en opérant d'emblée ces 136 malades? Je ne puis le croire. Si je le croyais, je deviendrais sans hésiter le plus hâtif des interventionnistes, car je trouve singulièrement enviables le repos d'esprit et la paix intérieure des chirurgiens pour qui tout se borne à poser le diagnostic d'appendicite et à prendre le bistouri. Si l'opéré guérit, et je me plais à reconnaître qu'il guérit le plus souvent, on se félicite d'avoir opéré ; on a trouvé l'appendice rouge, turgescent, poisseux, avec des fausses membranes tapissant les anses intestinales voisines ; la péritonite était évidemment en voie de généralisation. D'autres fois, l'appendice gangrené était prêt à se perforer ou même perforé, il baignait dans un foyer purulent plus ou moins fétide; autour du cœcum on trouvait déjà un liquide louche et des fausses membranes, toutes lésions qui semblent incompatibles avec une guérison spontanée. Si l'opéré succombe, ce qui arrive malheureusement quelquefois, on se persuade que c'est parce que l'on a opéré trop tard, ou bien, avec la plus parfaite bonne foi, on range ce cas malheureux dans la catégorie des opérations pour péritonites généralisées, et l'on se console sans trop de peine de cet insuccès.

Pour moi le fait qu'on trouve, en opérant un cas aigu, l'appendice gangrené ou perforé, un abcès circonscrit au centre d'un volumineux empâtement, le fait même qu'il y a du liquide plus ou moins louche dans une partie de la cavité abdominale, ne prouve pas du tout que le malade n'aurait pu guérir sans intervention ; la phagocytose péritonéale est d'une activité extrême et les moyens de défense de l'organisme sont puissants quand on ne les contrarie pas. Sur les 136 malades que j'ai suivis pendant leur crise aiguë et parmi lesquels 121 sont arrivés à la résolution, beaucoup avaient présenté des accidents graves et des indurations et des empâtements parfois énormes. A n'en pas douter, le simple examen clinique permettait d'affirmer que beaucoup d'entre eux avaient eu des abcès; quelques-uns même avaient présenté dans leur cavité péritonéale des exsudations de liquide donnant lieu à de la matité dans toute la région sous-ombilicale. J'ai opéré à froid 62 de ces malades et, sur 25 d'entre eux, j'ai trouvé des traces d'abcès uniques ou multiples, soit au voisinage de l'appendice, soit entre les anses intestinales, soit dans l'épiploon ; et parmi eux, 9 avaient eu manifestement des destructions de l'appendice par gangrène. Je parle ici seulement de celles de mes opérations à froid que j'ai pratiquées sur des malades observés et suivis pendant la crise aiguë. Dans la série de mes autres opérés j'ai trouvé nombre de fois des lésions semblables.

La constatation de ces faits positifs m'a conduit à devenir de plus en plus abstentionniste pendant la période aiguë.

Des considérations d'un autre ordre viennent encore plaider en faveur de cette manière d'agir : les interventionnistes hâtifs proclament que la résection de l'appendice pratiquée dès les premiers instants est d'exécution aussi facile que la plus simple des résections à froid; je n'en disconviens pas, mais il ne faut pas oublier que l'appendicite n'étant bien souvent que l'expression d'une infection générale et pouvant coïncider avec d'autres manifestations infectieuses gastro intestinales ou hépatiques, il n'est pas sans danger de troubler par un traumatisme opératoire les efforts que fait l'organisme pour se débarrasser des agents infectieux.

Digitized by Google

C'est ainsi que l'on a vu parfois succomber à des phénomènes d'ictère grave ou d'urémie des malades opérés au début d'une crise et chez lesquels on ne découvrait que des lésions appendiculaires insignifiantes.

D'autre part on ne saurait nier qu'une opération pratiquée le 2e, le 3e ou le 4e jour, au moment où les phénomènes d'infection générale s'amendent, en même temps que l'infection péritonéale se localise, coure le risque de faire échec à cette tendance favorable et présente certains dangers. N'ayant jamais opéré d'emblée, pendant la période aiguë, excepté dans les cas de péritonites généralisées ou de péritonites circonscrites franchement suppurées, je ne puis approuver cette assertion par des faits personnels, mais une statistique de Broca est très démonstrative à ce point de vue. Broca (l'*Appendicite*; *formes et traitements*, Paris, 1900, p. 55) au début de sa pratique chirurgicale, de 1892 à 1895 inclus, a opéré d'emblée à l'hôpital Trousseau 87 appendicites de toutes variétés avec 22 décès. De 1896 à 1898 inclus, influencé, comme il veut bien le dire très amicalement, par ma manière de procéder, il s'est attaché à discerner les cas où la temporisation était admise. Il a opéré 100 malades avec 10 décès seulement. Ces chiffres prouvent jusqu'à l'évidence, comme le dit Broca, que l'opération immédiate est plus grave que l'expectation armée.

L'intervention hâtive expose encore à un autre danger : on sait que certaines affections gastro-intestinales, la gastro-entérite, la fièvre typhoïde, et même la grippe, se manifestent assez souvent à leur début par des symptômes analogues à ceux de l'appendicite. Aussi n'est-il pas très rare que des partisans de l'intervention hâtive aient conseillé et pratiqué en pareil cas des opérations parfois nuisibles, toujours inutiles. J'en connais plusieurs exemples dont quelques-uns ont été publiés. Pour ma part, si j'avais été un interventionniste pressé, j'aurais opéré ainsi deux fièvres typhoïdes, deux entéro-colites grippales, une colique néphrétique, et même une pneumonie droite. Je dois dire que ces malades ont parfaitement guéri sans la moindre opération. On m'accordera que c'est là un motif secondaire, il est vrai, mais non sans valeur, de ne pas intervenir en toute hâte et sans avoir le temps d'assurer un diagnostic précis.

Pour résumer cet exposé déjà trop long, je dirai que l'intervention pendant la période aiguë se trouve indiquée seulement dans certains cas rares de péritonites généralisées et dans tous les cas de péritonites enkystées suppurées, incapables de se résorber spontanément.

L'intervention dans la péritonite généralisée, consiste dans l'évacuation des produits septiques, la résection de l'appendice toutes les fois qu'elle est possible et l'établissement d'un large drainage. On ne saurait trop insister sur la nécessité d'assurer le libre écoulement des liquides après l'opération et protester assez haut contre les tendances des chirurgiens qui referment le ventre après avoir placé une simple mèche qui bouche et ne draine pas. Le lavage du péritoine n'est indiqué que si la collection purulente est limitée dans une région de la cavité abdominale par une solide barrière d'adhérences.

Pour les péritonites enkystées suppurées, le mode d'intervention varie quelque peu suivant le siège de la collection et je ne saurais m'étendre sur les indications diverses applicables à ces cas. Toutefois, quoi qu'on en ait dit, une indication me paraît capitale, c'est de chercher à pénétrer dans la cavité purulente sans passer par le péritoine libre. Dans ce but, on s'efforcera de ne pas dépasser le champ des adhérences péritonéales ou bien l'on cherchera à aborder l'abcès par un chemin détourné, par exemple en décollant le péritoine pariétal. Dans quelques cas particuliers, tels que les collections de l'appendicite pelvienne, on pourra être conduit à inciser par le rectum, par le vagin et même par le périnée. S'il faut absolument pour atteindre l'abcès, traverser le péritoine libre, il est indispensable d'isoler avec le plus grand soin le foyer septique avant de l'ouvrir et de l'évacuer.

Un point de pratique encore discuté est relatif à la recherche de l'appendice dans ces opérations pour collections enkystées. A mon avis, cette recherche ne doit être faite qu'autant qu'elle est compatible avec le respect des adhérences qui protègent la grande cavité péritonéale. Aussi bien la simple ouverture d'un abcès et le drainage suffisent-ils, dans la majorité des cas, pour assurer la guérison. S'il persiste une fistule intarissable, on sera conduit à pratiquer plus tard la résection secondaire de l'appendice, opération toujours délicate et souvent difficile, il est vrai, mais moins dangereuse à coup sûr que la recherche acharnée d'un appendice dans les parois d'un foyer septique.

J'ai opéré « à chaud », en suivant cette règle de conduite dans 24 cas d'appendicites circonscrites suppurées : j'ai eu 22 guérisons et 2 morts. Ces deux insuccès opératoires sont survenus, une fois au 14e jour par hépatite infectieuse suraiguë non suppurée, et une fois en 36 heures par septicémie foudroyante ; dans ces deux cas l'opération avait été des plus faciles et des plus rapides ; j'avais simplement ouvert un abcès sans chercher l'appendice.

Dans les 22 opérations suivies de guérison, deux fois seulement j'ai enlevé l'appendice gangrené ; ces 22 cas ont guéri plus ou moins vite, mais, sauf un, ils n'ont pas de fistule. Ce dernier a été opéré au mois de juin 1899 ; j'ai trouvé dans l'abcès un gros corps étranger et ce que je croyais être la totalité de l'appendice gangrené. A la fin du mois d'août la guérison était complète ; mais au mois de janvier 1900, à l'occasion d'une grippe, une nouvelle poussée s'est faite dans ce qui restait d'appendice, une fistulette donnant issue à quelques gouttes de pus persiste encore à l'heure actuelle ; si elle ne se tarit pas j'opérerai ce malade dans quelques mois.

On peut rapprocher des cas de cette catégorie, au point de vue des indications ultérieures, les appendicites suppurées évacuées spontanément par l'intestin, la vessie, etc. La guérison définitive, en effet, est assez fréquente, et la résection secondaire de l'appendice n'est indiquée que s'il

Digitized by Google

survient une rechute, rechute qui, en général, ne présente pas beaucoup de gravité.

Après avoir ainsi exposé les indications thérapeutiques pendant la crise aiguë, il me reste à examiner les indications de l'opération « à froid » et à préciser les conditions dans lesquelles elle est applicable.

Une première question se pose, question délicate et qui prête à la discussion : doit-on pratiquer la résection à froid après une crise aiguë unique terminée par une résolution complète. Jusqu'à ces dernières années, étant donné le nombre relativement considérable de malades observés par moi et restés indemnes depuis plusieurs années, j'avais cru pouvoir adopter comme règle d'attendre la deuxième attaque avant de proposer l'opération. Mais ayant eu connaissance de trois cas de mort presque foudroyante survenus à l'occasion de la deuxième crise, d'autre part ayant observé chez trois de mes malades que je n'avais pas opérés après la première crise aiguë, une deuxième crise qui a failli les enlever, j'en suis arrivé à considérer l'ablation de l'appendice après une seule crise comme une mesure de prudence pleinement justifiée.

L'opération est quelquefois difficile à faire accepter lorsque la crise est passée et la santé parfaite ; les malades ou leurs parents ne comprennent pas qu'il soit nécessaire d'ouvrir le ventre sans une indication palpable. J'ai pour principe, en pareil cas, d'exposer la situation aux intéressés, de leur montrer, d'un côté la possibilité, sinon la probabilité d'une rechute et d'une rechute grave, de l'autre la sécurité absolue au prix d'une opération, somme toute, bénigne. Et après les avoir ainsi dûment avertis, je leur laisse une part de responsabilité dans le parti à prendre. D'ailleurs les indications de l'opération ne sont pas également pressantes pour tous les cas : si la crise aiguë a évolué sans exsudat notable, il est permis de supposer que l'appendice est resté libre et flottant dans le péritoine, et que, par suite, la seconde attaque, si elle se produit, pourra donner lieu aux accidents les plus graves. On devra alors proposer l'opération avec beaucoup plus d'insistance que dans les conditions opposées, c'est-à-dire lorsque l'appendicite s'est accompagnée d'exsudats considérables ayant laissé sans doute autour de l'appendice une barrière d'adhérences L'âge des sujets et les conditions sociales ont aussi leur importance. Il est en effet reconnu que les attaques d'appendicite sont beaucoup plus graves et les rechutes beaucoup plus fréquentes chez les enfants que chez les sujets âgés. On insistera donc beaucoup plus pour l'opération après une seule crise, chez les adultes, et aussi chez les sujets auxquels leur position sociale ne permet pas de se soumettre à des précautions et à un régime destiné à prévenir le retour des accidents.

La perspective de grossesses possibles dans un avenir plus ou moins éloigné, doit, à mon avis, faire conseiller l'opération chez toutes les jeunes femmes qui ont eu une crise bien nette d'appendicite. La grossesse est, en effet, une cause occasionnelle assez fréquente de poussées aiguës sur un appendice préalablement altéré. Pratiquée à froid, l'opération n'affaiblit pas la paroi abdominale et n'expose pas à l'éventration.

L'indication de l'opération à froid étant admise dans ces conditions, il faut bien s'entendre sur la signification de ce terme « à froid ». Il ne suffit pas que les accidents aigus soient calmés depuis quelques jours, il est indispensable que toute inflammation ait disparu, que les exsudats soient résorbés ou du moins aient perdu leur virulence.

Pour les cas légers ayant évolué sans exsudat notable et sans perforation, l'opération peut être faite à froid 15 ou 20 jours après la fin de la crise ; mais pour les cas plus sérieux qui ont donné lieu à un empâtement considérable, l'opération doit être retardée pendant six semaines, deux mois et même davantage. Il n'y a pas de limite fixe à la durée de l'expectation, mais on peut dire qu'il faut faire le possible pour n'intervenir que lorsque toute trace palpable de l'induration a disparu depuis au moins 10 ou 15 jours. Il faut savoir résister aux sollicitations et aux instances des malades, car l'opération avant le refroidissement complet expose à certains dangers. La virulence des produits renfermés dans l'appendice et autour de lui dans les adhérences, dans les ganglions lymphatiques, peut se réveiller sous l'influence du traumatisme opératoire et donner lieu à des accidents plus ou moins graves d'infection générale. Au début de ma pratique, je croyais intervenir à froid 15 jours ou trois semaines après la fin d'une crise aiguë de moyenne intensité ; il m'est arrivé souvent à cette époque d'observer des accidents post-opératoires sans gravité, je le veux bien, mais qui n'en ont pas moins une certaine importance : élévation de la température entre 38 et 39° pendant deux ou trois jours, aspect subictérique du visage, phlébite dans un cas, pleurésie séreuse dans deux cas. Depuis que, mieux instruit, je retarde beaucoup plus l'intervention, je n'ai plus rien observé de semblable et il me paraît évident que plus l'opération à froid est retardée, moins elle entraîne de dangers. Un autre avantage de ce retard est de simplifier les manœuvres opératoires. L'appendice souvent altéré, déformé, enfoui dans des adhérences, est plus facile à découvrir, le champ des recherches se trouvant plus limité ; on n'a pour ainsi dire plus à compter avec les adhérences et les agglomérations péri-appendiculaires et la résection d'un segment plus ou moins étendu d'intestin devient inutile. Sur 128 opérations à froid j'ai toujours pu trouver l'appendice, souvent avec difficulté je dois le reconnaître ; j'ai dû parfois suturer des perforations ou des déchirures cæcales, mais jamais je n'ai été forcé de réséquer l'angle iléo-cæcal, ce qui me fût certainement arrivé dans quelques cas, si je n'avais pas eu la patience d'attendre la résorption des exsudats péri-appendiculaires. Mes 128 opérés ont guéri (1).

(1) Jusqu'à ces derniers jours je pouvais donner une statistique d'opérations à froid exempte de mortalité. Depuis l'achèvement de mon rapport, j'ai opéré 3 malades, ce qui porte à 131 le nombre de mes opérations. J'ai eu le malheur de perdre ma dernière opérée, jeune fille de vingt ans, qui avait présenté un grand

Digitized by Google

Telles sont les considérations générales que j'avais à exposer au point de vue des indications thérapeutiques pendant la crise aiguë d'appendicite et après celle-ci. Je ne me berce pas de l'illusion d'être arrivé à la solution définitive de ce problème si difficile, ni d'avoir prévu tous les cas qui peuvent se présenter. Il n'y a pas d'absolu en chirurgie, chaque cas particulier pouvant comporter des indications spéciales.

L'indication de l'intervention dans l'appendicite à rechutes est aujourd'hui universellement admise; je n'ai donc pas à insister.

A côté de l'appendicite à rechutes, caractérisée par des poussées successives après des intervalles d'accalmie complète, il importe d'étudier les indications opératoires dans l'*appendicite chronique* proprement dite.

L'appendicite chronique s'observe dans deux conditions différentes : le plus souvent il s'agit d'accidents douloureux plus ou moins vagues dans la fosse iliaque droite, de symptômes dyspeptiques souvent mal caractérisés, d'infection subaiguë avec amaigrissement, troubles que l'on peut assez aisément rattacher à une origine appendiculaire grâce au commémoratif qui vous est fourni parfois d'une crise franche d'appendicite aiguë observée à une époque antérieure, quelquefois plusieurs années avant le moment où l'on examine le malade. Dans d'autres circonstances, plus rares, on ne trouve dans les antécédents aucune crise aiguë; on a alors affaire à l'appendice *chronique d'emblée*, forme connue depuis peu, et sur laquelle Brun et Walther ont eu le mérite d'appeler l'attention.

Cette forme existe d'ordinaire chez des sujets atteints de troubles gastro-intestinaux chroniques parmi lesquels la colite muco-membraneuse occupe la première place. Son évolution est lente, elle ne se complique que rarement d'épisodes aigus et aboutit fréquemment à la sclérose et à l'oblitération plus ou moins complète de l'appendice. Ces altérations chroniques se manifestent quelquefois par le syndrome improprement appelé colique appendiculaire. Dans certaines circonstances elles ne se révèlent que par des troubles dyspeptiques et des douleurs abdominales plus ou moins vagues mais présentant une certaine prédominance vers la fosse iliaque droite. On passe facilement à côté du diagnostic, car les symptômes appendiculaires, souvent mal définis et fugaces, doivent être recherchés avec beaucoup d'attention. La constatation, à une ou plusieurs reprises, du point de Mac Burney à côté d'un cœcum contracté et dur suffit pour permettre d'affirmer l'existence de cette appendicite chronique. J'en dirai autant de la perception par le palper abdominal ou par le toucher rectal d'un appendice induré ou douloureux. Lorsqu'on opère dans ces conditions, il n'est pas rare de constater que l'inflammation chronique de l'appendice s'est propagée aux ganglions lymphatiques du méso-appendice, du mésentère et du méso-côlon. On trouve fréquemment des néo-formations séreuses à une assez grande distance sur le colon ascendant, ou bien encore des adhérences épiploïques et une épiploïte chronique parfois très étendue. L'intégrité apparente de l'appendice contraste souvent avec la gravité de ces lésions à distance; il n'en est pas moins vrai que la suppression de l'appendice suffit en général pour amener la régression et la guérison de ces lésions secondaires. Dans quelques cas exceptionnels, cependant, lorsque l'épiploïte chronique, très ancienne et très étendue, s'est accompagnée de déviation, de coudures du gros intestin, de l'intestin grêle et même de l'estomac, on peut être conduit à des manœuvres de libération plus ou moins compliquées, parfois même à la résection d'une grande partie de l'épiploon.

Les résultats de l'intervention sont des plus satisfaisants dans cette forme de l'appendicite. On voit disparaître, ou tout au moins s'améliorer la plupart des troubles fonctionnels: la colite muco-membraneuse elle-même s'en trouve le plus souvent modifiée d'une façon très favorable. L'opération, en pareil cas, paraît donc tout à fait justifiée ; la seule contre-indication se trouve dans l'âge avancé des malades ou dans une altération de l'état général indépendante de l'appendicite chronique, l'obésité, le diabète, par exemple. Comme cette appendicite chronique n'expose, somme toute, que rarement à des accidents aigus graves, l'opération ne doit être entreprise que lorsqu'il s'agit de rendre à un malade l'intégrité de ses fonctions sans mettre sa vie en danger. J'ai, pour ma part, pratiqué 10 résections de l'appendice pour appendicite chronique d'emblée et mes malades s'en sont très bien trouvés.

Je désirerais, en terminant, dire un mot des indications opératoires dans l'appendicite compliquant la grossesse. Malgré tout ce qui a été dit et écrit sur ce sujet dans ces derniers temps, il est évident pour moi, d'après les quelques faits dont j'ai été témoin, que l'état de grossesse ne change rien aux indications thérapeutiques. Je crois qu'il faut toujours chercher à obtenir par le traitement non opératoire le refroidissement da la poussée aiguë et n'intervenir à chaud que contraint et forcé, soit par une péritonite généralisée, soit par une péritonite circonscrite suppurée dont il n'est plus permis d'espérer la résorption.

J'ai observé des crises aiguës d'appendicite sur six femmes enceintes. Chez toutes, la résolution a été obtenue par les moyens ordinaires. Deux ont été opérées à froid, ont guéri sans incident, et accouché à terme d'enfants vivants. (L'une a été opérée par moi, l'autre par M. Walther). Quatre n'ont pas été opérées ; trois ont accouché à terme, une n'a pas été suivie. Je n'ai jamais eu l'occasion de voir les

nombre de crises de gravité progressivement croissante. L'opération fut des plus difficiles : cæcum sous le foie; appendice enfoui dans les adhérences, épaisses et solides, et communiquant largement avec une partie de l'intestin grêle, que l'autopsie a montré être la *deuxième partie du duodénum*. Je ne connais pas d'autre exemple de communication appendiculéduodénale Ne pouvant amener au dehors l'anse perforée, je dus faire la suture dans la profondeur. L'opération dura plus de deux heures. La mort survint au bout de trente-six heures dans le collapsus. A l'autopsie, on n'a pas trouvé de péritonite. La suture avait bien tenu.

Digitized by Google

cas graves qui ont eu récemment tant de retentissement dans les sociétés savantes et dans la presse, et qui ont poussé plusieurs de nos collègues accoucheurs au premier rang des interventionnistes hâtifs. Je ne puis dire quelle eût été ma conduite en présence de ces cas, mais je répète que, d'après ce que j'ai vu, je pense à l'heure actuelle comme en 1898 (*Traité de chirurgie*, 2e édition, tome VI, page 682) que l'état de grossesse ne doit pas modifier les indications thérapeutiques dans l'appendicite.

On trouvera peut-être insolite la forme de ce rapport. J'aurais sans doute dû passer en revue, d'une façon complète, les opinions diverses qui ont été émises et les discussions importantes auxquelles elles ont donné lieu. Mais, ne voulant pas sortir des limites restreintes qui m'étaient imposées, il m'a semblé qu'il m'était permis, en raison de mon expérience déjà assez longue, d'exposer cette question d'après mes vues personnelles, et en tenant compte surtout des cas que j'ai observés. Je l'ai fait en toute sincérité, et si mon rapport n'a pas l'ampleur désirable, je vous demande de m'excuser (1).

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Rôle de l'arsenic dans l'économie. M. A. Gautier a été conduit à penser, d'après ses recherches biologiques, qu'il existe un rapport certain entre le fonctionnement des organes génitaux, celui de la glande thyroïde et la pousse des poils, cheveux, ongles, cornes, etc... En effet, il a remarqué que chez les femmes, auquel il administrait le cacodylate de soude, la chevelure devenait plus abondante, la peau plus souple, et que les règles, au lieu de se produire à une période de 28 à 29 jours, reparaissaient souvent et régulièrement après 24 à 25 jours seulement.

D'autre part, quand il y a dysmenorrhée ou simple retard des époques, le médicament le plus actif est la teinture d'iode prise à l'intérieur ou même absorbée par la peau. Or, les cheveux, poils et ongles qui croissent avec plus d'abondance sous l'influence du traitement arsénical, sont précisément après la thyroïde les organes les plus riches en arsenic et en iode. C'est par eux que cette glande excrète ces deux éléments qu'elle a d'abord assimilés et emmagasinés sous forme de protéides spécifiques. Le flux menstruel, d'après les analyses récentes de M. Gautier est également en rapport avec l'élimination de l'arsenic et de l'iode.

Chez l'homme, la poussée des ongles, des cheveux et surtout de la barbe, ainsi que la desquamation épidermique continue, correspond, au point de vue de l'absorption et de l'élimination des nucleines arsénicales, à la perte menstruelle de la femme, dont la peau lisse subit moins d'exfoliation, et dont les cheveux ne poussent que peu ou pas dès qu'ils ont atteint à la puberté, leur maximum de développement. (*7 août*).

(1) Rapport présenté au Congrès international de médecine.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Phlegmon périnéphrétique ayant simulé la névralgie iléo-lombaire et fémoro-cutanée

Le phlegmon périnéphrétique, affection relativement rare, est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, et s'observe plus souvent à droite qu'à gauche. Les trois principaux symptômes cliniques, permettant de le diagnostiquer, sont : la fièvre, la douleur et un peu plus tard la tuméfaction de la région lombaire avec œdème de la peau. Or, dans l'observation que je vais rapporter, la périnéphrite a évolué chez une femme, à gauche, sans fièvre et sans œdème de la peau avec les points douloureux de la névralgie iléo-lombaire et fémoro-cutanée.

Mme R... habite la campagne; elle est âgée de 34 ans, mariée depuis 5 ans, et enceinte depuis le mois d'octobre pour la troisième fois. Son père est mort à 55 ans de pneumonie, sa mère, que j'ai opérée il y a 18 mois d'un lipome du dos, est bien portante, sa sœur et son frère également; elle-même n'a pas d'antécédents pathologiques.

Le 24 décembre, en voulant soulever sa fillette âgée de deux ans et demi, elle a ressenti une vive douleur à la région lombaire gauche. Cette douleur n'a pas continué, bien que reparaissant, moins vive il est vrai, de temps en temps. A partir du 10 janvier elle devient continuelle, et Mme R... me fait appeler.

Elle me raconte son histoire, et m'indique comme siège de la douleur actuelle la région lombaire gauche, épine iliaque antéro-supérieure, et la partie supérieure et antéro-externe de la cuisse du même côté. La douleur est augmentée par la pression, et, pour moins souffrir, la malade se couche sur le côté droit, la cuisse gauche fléchie et en légère abduction. Il n'y a pas de fièvre, T. 37°1, aucun empâtement de la région douloureuse, l'appétit a un peu diminué. Je prescris des antinévralgiques. Sept jours après je trouve Mme R... dans le même état, la douleur est aussi vive, surtout la nuit; pas de fièvre, pas de tuméfaction de la région lombaire, pas d'œdème de la peau. Cet état persiste encore pendant 15 jours, mais malgré la morphine, la douleur subsiste, et vu l'attitude de la malade dans son lit, attitude qu'elle prend pour moins souffrir, on pouvait penser à un abcès, mais on ne trouve ni température, ni tuméfaction (les 2 régions lombaires sont semblables), ni œdème de la peau; les urines ne contiennent pas d'albumine. Le 10 on constate une légère tuméfaction au niveau du triangle de J.-L. Petit. Je fais une ponction exploratrice, et je retire du pus. Sur la demande de la famille, le phlegmon n'est ouvert que deux jours plus tard, drainé et lavé à l'eau phéniquée. Quinze jours après, la malade est complètement guérie, sans que sa grossesse en ait souffert. On peut voir par cette observation que les symptômes importants du phlegmon périnéphrétique ont manqué, excepté un : la douleur, laquelle résistait aux antinévralgiques, prenait, il est vrai, encore plus d'importance. L'attitude de Mme R..., dans son lit, devait également attirer l'attention. Un malade atteint d'une simple névralgie iléo-lombaire ne prenant pas cette attitude spéciale. Comme étiologie de la périnéphrite cette observation n'en donne pas de plus nette. Une seule cause prédisposante pouvant être ici invoquée, c'est l'effort. — Dr Déjean (Barre-des-Cévennes).

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

L'Origine parasitaire des Eczémas

Par MM. BROCQ, *médecin de l'hôpital Broca*
et VEILLON, *chef du laboratoire de l'hôpital des Enfants-Malades.*

Pour étudier ce problème avec quelque précision, il convient tout d'abord de trancher une question préjudicielle capitale: Que doit-on entendre sous le nom d'eczéma? Tous les dermatologistes savent à quel point la signification de ce mot a varié depuis un siècle.

Certains auteurs, se conformant aux principes posés par Willan, Rayer et Bazin, considèrent que la vésicule, spéciale de forme, d'aspect et d'évolution, avortée ou arrivée à son complet développement, sur fonds érythémateux, est nécessaire pour qu'il y ait vraiment eczéma : un autre élément nous paraît en outre tout aussi indispensable, la marche générale et l'évolution toute particulière de l'affection. D'autres, au contraire, beaucoup plus nombreux à l'heure actuelle, suivant l'exemple donné par F. Hebra, par Hardy et par E. Wilson, étendent cette dénomination à toute série de dermatoses voisines des dermatoses vésiculeuses dont nous venons de parler, mais parfaitement avésiculeuses.

C'est sur ce terrain que se sont livrées les plus grandes *batailles* dermatologiques de la seconde moitié du XIXe siècle ; et il est à prévoir que cette querelle n'est pas près de s'éteindre. Néanmoins il est nécessaire de prendre position sur ce point, car il est évident que, pour préciser si les dermatoses dénommées eczéma reconnaissent oui ou non pour cause première un microbe quelconque, il est indispensable de savoir exactement quelle est la forme morbide objective que l'on doit désigner sous ce nom.

Ce travail comprendra donc deux parties : 1° nous préciserons ce que nous croyons devoir désigner sous le nom d'eczéma ; 2° nous rechercherons quel rôle jouent les microbes dans la pathogénie des affections que nous aurons ainsi délimitées.

Signification du mot Eczéma. — Voici quels sont les points principaux qui nous paraissent devoir être discutés. Nous les rangeons en deux groupes répondant : A. le premier aux éruptions que nous croyons devoir distinguer des eczémas vrais ; B. le second aux éruptions que nous désignons sous ce nom.

A. — Faut il faire rentrer dans l'eczéma les formes morbides objectives connues sous les noms de :

1° *Dyshidrose?*

Non, d'après nous, car la dyshidrose vraie, pure, n'a ni l'aspect, ni l'évolution, ni les réactions thérapeutiques des éruptions eczémateuses vraies.

2° *Prurigo simplex* (Brocq), *Prurigo temporaire autotoxique* (Tommasoli), *Lichen simplex aigu* (E. Vidal)?

Non, d'après nous pour des raisons analogues.

3° *Prurigo de Hebra?*

Non, d'après nous ; mais ici la question est fort complexe ; car l'eczéma s'observe très souvent, pour ne pas dire toujours dans le Prurigo de Hebra (1).

4° *Lichens* des anciens auteurs ; *Névrodermites* de Brocq et Jacquet ?

Non, d'après nous ; car ces dermatoses peuvent évoluer à l'état parfaitement sec, sans vésiculation d'aucune sorte, quoique ce soient des affections essentiellement eczématogènes ou préeczématiques d'après l'expression de M. le Dr E. Besnier.

5° *Impetigo contagiosa* de Tilbury Fox ; *Ecthyma* de Sabouraud.

Non, d'après nous ; car c'est une affection nettement définie au point de vue objectif et évolutif, inoculable et auto-inoculable, dans laquelle le microbe joue un rôle majeur (2).

6° *Impetigo de Bockkart*, ou *Folliculites suppurées?*

Non, d'après nous pour des raisons analogues (3).

7° *Eczéma séborrhéique d'Unna et ses diverses variétés?*

Ici des distinctions sont nécessaires.

a). Les croûtes graisseuses du cuir chevelu et les diverses séborrhées concrètes ne sauraient, d'après nous, rentrer dans les eczémas.

b). Le pityriasis capitis, les dartres volantes de la face, ou séborrhéides pityriasiques typiques ou parakératoses pityriasiques ne sauraient, d'après nous, être considérées comme des eczémas, car ces dermatoses peuvent évoluer en conservant toujours leur caractère de sécheresse absolue et d'avésiculation qui les rapproche plutôt des psoriasis que des eczémas.

c). Les Eczémas séborrhéiques psoriasiformes typiques, ou séborrhéides ou parakératoses psoriasiformes ne sauraient, d'après nous pour des raisons analogues, rentrer dans les eczémas.

d). Les séborrhéides ou parakératoses pityriasiques ou psoriasiformes devenues vésiculeuses et suintantes ne doivent pas, d'après nous, être considérées comme des eczémas vrais, mais comme des séborrhéides compliquées d'eczéma ou eczématisées.

e). L'eczéma séborrhéique circiné ou eczéma flanellaire, ou circinaria, ou séborrhée du corps, ou séborrhéide circinée, ou dermatose figurée médio-thoracique, etc, est pour nous une forme morbide bien à part comme aspect objectif, évolution et réactions thérapeutiques : elle est très probablement de nature microbienne.

---

(1) Voir pour plus de détails, sur ce point, comme sur tous les autres points de la première partie de ce rapport, le travail récent de L. Brocq sur la *Question des eczémas*. Annales de Dermatologie, 1900, p. 1, 140, 257.

(2) C'est peut-être à ce groupe qu'il faut rattacher l'eczéma aigu vésiculeux d'inoculation décrit par Unna. M. le Dr Sabouraud le rattache au groupe suivant.

(3) Toutes ces affections compliquent fréquemment les eczémas vrais, d'où d'incessantes causes d'erreur.

Digitized by Google

8° *Pityriasis rosé de Gibert ?*

Non, d'après nous ; car cette affection a des allures tout à fait spéciales : début par une plaque maîtresse, généralisation secondaire, évolution cyclique, guérison spontanée: en outre elle est avésiculeuse.

9° *Proriasis vrai ?*

Nous protestons avec énergie contre l'identification de deux formes objectives aussi dissemblables que l'eczéma et le psoriasis.

10° *Acné rosacée ?*

Il existe une forme morbide éruptive que l'on décrit communément sous ce nom, et qui est caractérisée par l'apparition rapide d'une série de papulo-pustulettes fines, superficielles, d'un rouge vif, congestives, à tête blanche, çà et là disséminées sur les joues, le nez, le menton, le front, les lèvres, évoluant avec rapidité, disparaissant en 2 ou 3 jours, pour se reproduire ensuite d'une manière des plus irrégulières, avec une inconcevable brusquerie et une désespérante tenacité. C'est cette dermatose qu'on a rapprochée des eczémas. Pour nous c'est une forme morbide à part, ayant sa lésion élémentaire spéciale, son évolution, sa pathogénie propre.

11° *Eruptions artificielles eczématiformes ?*

Toutes les éruptions artificielles vésiculeuses ne peuvent, d'après nous, être considérées comme étant de l'eczéma. Les traumatismes, les divers agents irritants et des microbes peuvent déterminer l'apparition de l'eczéma chez les personnes prédisposées. Ils peuvent provoquer la formation de dermites artificielles qui n'ont ni les caractères objectifs, ni l'évolution, ni les réactions thérapeutiques de l'eczéma. Ces dermites artificielles peuvent se compliquer ultérieurement d'éruptions eczémateuses vraies, et cette complication s'observe avec une réelle fréquence.

B. — Faut-il désigner uniquement sous le nom d'eczéma les seules affections érythémateuses, vésiculeuses et desquamatives répondant au type commun que tout le monde s'entend à dénommer ainsi ? la vésiculation dite typique de l'eczéma, soit à son état de développement complet, soit avortée et uniquement caractérisée par une fine squame croûtelleuse enchâssée dans l'épiderme étant provisoirement considérée comme le critérium objectif de cette affection, tandis que son autre caractéristique capitale est son évolution si spéciale, récidivante, si différente de celle des éruptions purement artificielles ?

Oui, d'après nous, et cela pour les raisons que nous avons longuement exposées dans notre dernier travail sur la question des eczémas.

En attendant que nous puissions nous appuyer pour délimiter l'eczéma sur un critérium pathogénique indiscutable, nous croyons que l'on doit choisir pour critérium clinique des eczémas :

1° L'*aspect objectif* qui semble être le plus hautement spécial à cette dermatose pendant son évolution, en le dégageant autant que possible de tout ce qui peut être considéré comme une complication : — or, pour l'eczéma vrai, cet aspect objectif est incontestablement la vésiculation, soit nettement prononcée et aboutissant au suintement, soit en quelque sorte avortée, presque histologique, et aboutissant simplement à la formation d'une minuscule croûtelle arrondie : — tel est le syndrome objectif eczéma, c'est-à-dire l'eczématisation, telle que nous la comprenons ;

2° L'*évolution spéciale* de ces dermatoses par poussées successives, avec le même type objectif, ou des types objectifs de même ordre, amorphe, nummulaire, papulo-vésiculeux disséminé, érysipélatoïde, etc., qui peuvent se succéder ou se combiner, chez le même sujet, avec une désespérante ténacité sous l'influence des causes occasionnelles les plus diverses. — Telle est la maladie eczéma, laquelle est constituée et par l'aspect objectif spécial de l'éruption, et par son évolution spéciale.

C'est à ces dermatoses que s'applique tout ce qui va suivre.

QUEL EST LE ROLE DES MICROBES DANS LA GENÈSE DE L'ECZÉMA ?

I. — *Etat actuel de la question.* — La théorie de l'origine microbienne de l'eczéma est de date toute récente. C'est en effet en 1890, au Congrès de Birmingham, qu'Unna l'a formulée pour la première fois. Depuis, il l'a complétée dans de nombreuses publications. Pour lui, l'eczéma est une maladie une, nettement différenciée par l'existence d'un microbe pathogène spécial, le *morococcus*, dont l'inoculation et le développement sur un terrain rendu favorable par de nombreuses causes prédisposantes (améliorations du terrain nutritif) détermine l'apparition de l'éruption caractéristique.

Cette conception, qui exerce sur les esprits médicaux la séduction de sa netteté et de sa simplicité, a été admise par les élèves directs d'Unna, et par Malcolm Morris en Angleterre, par Leredde en France. Les quelques recherches de contrôle qui ont été instituées dans ces derniers temps ne semblent pas l'avoir confirmée.

D'après Tœrœk, l'eczéma aigu vésiculeux d'inoculation d'Unna n'est pas un eczéma; les caractères donnés par Unna, pour élever le morocoque au rang de microbe spécial et spécifique, sont insuffisants ou même contradictoires : ce n'est qu'un vulgaire staphylocoque (1).

D'après Sabouraud, le morocoque n'est qu'un staphylocoque particulier, mais c'est un staphylocoque particulier, différant du staphylocoque blanc, ayant une culture caractéristique, jouant probablement un certain rôle à déterminer dans une quantité d'épidermites desquamatives et de parakératoses à réaction grasse : mais, à son avis, son rôle se borne à cela : il n'est nullement pathogène de l'eczéma vrai.

Le même auteur soutient que le staphylocoque doré et le streptocoque, se développant chroniquement sur des tégu-

(1) Voir pour plus de détails sur tous ces points notre travail récent sur la question des eczémas : Annales de Dermatologie et de Syph. Janvier, février, mars 1900.

Digitized by Google

ments infectés, y provoquent l'apparition de dermites spéciales auxquelles il donne les noms de dermite chronique à streptocoques, et de dermite pustuleuse miliaire staphylococcique, et que de la combinaison, « du mélange pos- « sible de ces deux dermatoses, de leur proportion diffé- « rente suivant les régions et les cas particuliers, naît le « complexus que la clinique appelle l'eczéma chronique », objectivement caractérisé par l'eczématisation et la lichénisation post-eczématique.

Sabouraud ne dit pas que toutes les dermatoses classifiées sous le nom d'eczéma soient directement causées par le staphylocoque et le streptocoque, il dit que certains des aspects objectifs, qui portent à l'heure actuelle cette étiquette, reconnaissent cette origine nettement microbienne.

Scholtz et Raab ont trouvé que le staphylocoque pyogène doré existe toujours en quantité considérable à la surface des eczémas. Leurs expériences d'inoculation avec des cultures de ces microbes ont été peu probantes. Ils croient toutefois pouvoir conclure de leurs recherches que l'infection staphylococcique a une importance spéciale; car, en raison de sa constance, on doit y voir un facteur constant dans l'étiologie de l'eczéma, sans lequel aucun eczéma à marche typique ne peut se produire. Cependant ils ajoutent qu'à leur avis « l'infection staphylococcique n'est qu'une cause secondaire ; la cause primaire est constituée par le genre de lésion de la peau (?) : c'est seulement sur ce terrain que l'invasion et l'infection staphylo-*cocciques* peuvent se produire. »

Kreibich vient de publier le résultat de nombreuses recherches bactériologiques entreprises sur le même sujet. Il conclut que l'eczéma idiopathique papulo-vésiculeux (tel qu'il a été défini par Hebra), ainsi que les poussées aiguës dans les eczémas chroniques, apparaissent indépendamment de toute intervention microbienne. Lors de leur formation les vésicules eczémateuses sont amicrobiennes. Lorsqu'elles sont anciennes, elles peuvent renfermer divers microorganismes, staphylocoque blanc, staphylocoque doré, streptocoque. Les microbes et leurs toxines peuvent être dans l'eczéma la cause de la diapédèse leucocytaire. De ces microorganismes dépendent les complications pustuleuses et lymphangitiques des eczémas. Ils pullulent en grande abondance sur les surfaces eczémateuses suintantes. Kreibich n'a pas réussi « à provoquer un eczéma aigu en inoculant soit la sérosité des surfaces eczémateuses suintantes, soit les cultures pures des microbes rencontrés dans les vésicules suppurées. La théorie suivant laquelle l'eczéma aigu serait une maladie parasitaire est donc fausse ».

En résumé, il semble résulter des recherches les plus récentes que les vésicules eczémateuses intactes, à leur début, sont amicrobiennes, mais que des microbes nombreux, en particulier des staphylocoques, pullulent en grande abondance et avec une sorte de prédilection sur les surfaces eczémateuses.

Nos recherches personnelles confirment à peu de chose près ces propositions.

II. — *Recherches personnelles.*

Voici le résumé des faits que nous avons observés dans une série déjà longue d'examens bactériologiques et de cultures portant sur les vésicules eczémateuses récentes, anciennes, et sur les surfaces eczémateuses suintantes :

1° Les vésicules jeunes, non ouvertes, ne contiennent aucun microbe décelable par l'examen microscopique ou par la culture sur les milieux les plus divers.

2° Les vésicules vieilles, ouvertes, les surfaces suintantes ou croûteuses, sont envahies par une riche flore microbiennes. Le staphylocoque doré est de beaucoup le plus abondant et le plus constant; mais on y trouve aussi, quoique en plus petite quantité, un streptocoque et un staphylocoque blanc.

3° Ces microbes nous paraissent être des espèces banales, et dans aucun cas nous n'avons cru pouvoir en différencier une pour en faire une variété spécifique, pour l'élever par exemple au rang qu'occupe le morocoque dans la théorie d'Unna.

4° Ces microbes se trouvent à l'état isolé sur la peau saine des eczémateux et de l'homme bien portant.

5° Ils forment des cultures abondantes sur la peau malade dans les affections les plus diverses : plaies, brûlures, herpès, syphilides, maladie de Duhring, etc.

6° Mais ils semblent, surtout le staphylocoque doré, pulluler avec une réelle prédilection sur les surfaces eczémateuses.

7° Si, après avoir désinfecté une plaque d'eczéma, on la recouvre avec une colle à l'oxyde de zinc stérilisée, on constate, un, deux ou trois jours après, que l'eczéma a continué à évoluer, et que la sérosité et les vésicules sont amicrobiennes.

8° Sur la peau saine d'un individu eczémateux, nous n'avons jamais pu reproduire d'eczéma par le contact prolongé d'une culture de staphylocoques provenant d'une plaque d'eczéma.

9° L'inoculation de ces cultures de staphylocoques sur une plaque d'eczéma en voie de guérison et soigneusement désinfectée donne de toutes petites pustulettes miliaires et non des vésicules typiques d'eczéma.

III. — *Discussion des travaux antérieurs et des faits observés.*

A. *Critique des travaux parus sur la question.* — 1° L'ensemble des travaux précédents semble démontrer que le morocoque d'Unna ne saurait être considéré comme le microbe pathogène de l'eczéma (1).

2° Les propositions formulées par Sabouraud doivent être étudiés de près : elles reposent à notre sens sur une interprétation particulière du terme *eczématisation*. Cet auteur admet que l'eczématisation peut, entre autres lésions élémentaires, comprendre des pustulettes dans son tableau symptomatique : dès lors les résultats qu'il a publiés s'expliquent tout naturellement. Nous croyons au contraire

(1) Pour plus de détails sur ce point voir les mémoires de Tœrœk, Sabouraud, Kreibich, etc.

Digitized by Google

que ces pustulettes ne font pas partie intégrante de la maladie, et ne constituent dans ces cas que de simples complications.

3° Les recherches de Scholtz et Raab sont fort intéressantes : ces auteurs ont dans leurs conclusions quelque peu dépassé le résultat direct de leurs expériences, quand ils disent que « le staphylocoque doit être considéré comme un facteur constant dans l'étiologie de l'eczéma sans lequel aucun eczéma à marche typique ne peut se produire ». Ils n'ont pas démontré cette proposition, puisque les recherches de Kreibich et les nôtres ont prouvé que la vésicule de l'eczéma, dès son apparition, est amicrobienne, puisque les inoculations qu'ils ont faites avec leurs cultures sont restées stériles, puisque nous avons prouvé que l'eczéma vésiculeux pur peut continuer à évoluer à l'état amicrobien, quand on en a complètement désinfecté la surface, puisqu'il est inexact que toutes les lésions cutanées sur lesquelles pullulent des staphylocoques et des streptocoques prennent l'aspect clinique de l'eczéma vésiculeux vrai. Mais ils ont bien mis en relief ce fait, que les staphylocoques dorés se développent avec une puissance toute particulière sur les surfaces eczémateuses.

4° C'est là un fait que les recherches de Kreibich et les nôtres ont confirmé, et qui ne saurait être négligé

B. *Analyse des faits microbiologiques démontrés.* — 1° Il ressort de tout ce qui précède que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de décrire un microbe spécifique de l'eczéma.

2° Les surfaces eczémateuses contiennent en abondance des espèces microbiennes banales, mais constantes. Il s'agit de préciser si elles ont un rôle pathogène, et quel est ce rôle.

a) Ces microbes sont-ils la cause de l'eczéma?

La discussion qui précède montre qu'il n'en est rien. Comme Kreibich, nous avons constaté que la vésicule jeune, non ouverte, de l'eczéma banal, ne contient pas de microbes, et cependant s'il en existait un qui fût pathogène de l'eczéma, ce serait dans cette lésion élémentaire, dès son apparition, qu'on devrait le trouver.

L'invasion microbienne se fait donc sur des lésions préexistantes d'eczéma vrai.

Rappelons encore une fois que l'expérimentation vient confirmer ces conclusions. Quand on inocule les croûtes, la sérosité de l'eczéma, les cultures des divers microbes qui pullulent à sa surface, on produit de la rougeur de la peau, quelques papules, quelques vésicules, plus souvent des pustules, parfois rien; mais ces lésions disparaissent avec rapidité, ne peuvent être reproduites en séries, et *surtout n'ont jamais l'évolution caractéristique de la maladie eczéma.*

Ainsi donc il nous semble qu'il est nettement démontré, dans l'état actuel de la science bactériologique, que les lésions élémentaires de l'eczéma sont d'abord amicrobiennes, puis qu'elles sont envahies par des staphylocoques et des streptocoques qui constituent des infections secondaires.

b) Quel est le rôle que jouent ces infections secondaires?

Comme nous l'avons dit plus haut, la pullulation des microbes pyogènes à la surface des eczémas ne peut pas être un fait négligeable.

Il faut attribuer à ces parasites la plupart des complications des eczémas, telles que les pustulettes, les folliculites dites impetigo de Bockhardt, les furoncles, les abcès, les phlegmons, l'impétiginisation des surfaces eczémateuses, l'impetigo vrai de Tilbury Fox, et peut-être d'autres lésions encore mal étudiées.

Mais là ne se borne probablement pas tout le rôle des microbes pyogènes dans les eczémas, et nous touchons ici à des points encore mal précisés, et qui réclament de nouvelles et patientes recherches.

Il est possible qu'ils jouent un certain rôle dans la marche, le mode d'évolution, la durée de l'eczéma vrai. Peut-être interviennent-ils dans une certaine mesure pour le nummulariser, pour créer ces formes relativement fréquentes à bordures assez nettes, à extension en tache d'huile, analogues d'aspect et d'allures aux dermatoses vraiment microbiennes, quoique la circonscription nette, la circination d'une éruption n'implique nullement d'une manière formelle sa nature cryptogamique comme certaines personnes semblent encore le penser.

Peut-être augmentent-ils les phénomènes inflammatoires? contribuent-ils dans une proportion notable à la chronicité de certains eczémas ?

IV. — *Conclusions*

a) Dans l'état actuel de nos connaissances l'existence d'un microbe spécifique pathogène de l'eczéma reste encore à démontrer, bien qu'il soit à la rigueur possible que ce microbe existe, sans être encore décelable par les procédés actuels d'investigation et de culture.

b) Les lésions primitives, pures (vésicules fermées), de l'eczéma vrai, vésiculeux, ne contiennent aucun microbe décelable par les procédés actuellement connus en bactériologie.

c) Les microbes divers (et en particulier le staphylocoque) qui pullulent en abondance sur les surfaces suintantes ou croûteuses de l'eczéma, constituent des infections secondaires, dont on commence à soupçonner l'action directe sur l'eczéma pur, sans l'avoir encore élucidée. Ce qui est certain, c'est que ces microbes sont la cause de la plupart des complications et des éruptions dites pyodermites qui viennent si fréquemment troubler l'évolution typique de l'eczéma pur.

En résumé, la lésion élémentaire typique primitive de l'eczéma vrai, vésiculeux, est amicrobienne ; la surface de l'eczéma est très promptement envahie par des microbes d'infection secondaire capables de créer sur elle leurs lésions propres, lesquelles sont bien de nature microbienne : ils viennent ainsi obscurcir le tableau symptomatique d'une affection dont ils ne sont nullement la cause première.

Digitized by Google

CLINIQUE INFANTILE

Albuminuries intermittentes des jeunes sujets

Par le Dr Gillet, *ancien interne des Hôpitaux.*

Définition. — D'abord une définition : l'albuminurie est dite intermittente, par opposition à l'albuminurie continue, quand l'albumine n'existe dans l'urine qu'à certains moments de la journée et pas à d'autres.

Sous le nom d'*albuminurie intermittente*, on doit donc comprendre une albuminurie plus ou moins quotidienne, tout au moins par période, mais ne se produisant seulement que pendant une fraction de temps de la journée, au lieu de durer pendant tout le cours de la journée et même de la nuit comme dans l'*albuminurie continue.*

Dans cette dernière la quantité d'albumine peut varier dans de très larges limites durant la journée et la nuit, mais il y en a toujours dans l'urine à quelque moment qu'on l'examine.

Lorsque l'albuminurie ne se présente qu'à long intervalle, plusieurs jours, surtout des semaines, des mois, elle est alors dite passagère, transitoire. Elle peut être dans ces conditions ou continue, c'est-à-dire durer toute une journée, ce qui est rare, ou intermittente, mais elle n'est pas forcément intermittente.

Enfin on réserve le nom d'*accidentelle* à toute albuminurie qui n'apparaît qu'une fois par hasard et qu'on ne *peut plus* retrouver ensuite.

Inutile d'ajouter d'autres signes distinctifs, comme l'absence de cylindre, quoique le plus souvent vraie, et surtout l'absence de lésion rénale, puisqu'on n'a aucune preuve de ce dernier fait et que leur contraire contient peut être la vérité.

Diagnostic. — *Nécessité absolue de l'examen fractionné systématique de l'urine*

La notion même d'intermittence entraîne avec elle l'obligation de l'*examen fractionné des urines*, c'est-à-dire la recherche de l'albumine effectuée non sur l'urine globale ou mélangée des 24 heures, mais l'analyse faite à part pendant un jour et une nuit de l'urine émise au cours des mictions échelonnées, pour la pratique sur les quantités émises pendant la matinée, la journée, la soirée, la nuit En tout 4 échantillons, pour simplifier, si l'on veut, 3, matinée, journée et soirée, nuit.

Sans l'examen fractionné on passe forcément à côté des albuminuries intermittentes. On peut présumer à ce sujet qu'elles sont plus fréquentes qu'on ne le suppose.

On pourrait croire qu'on se fût mis dans de bonnes conditions d'examen et qu'il fût suffisant de recueillir les urines des 24 heures et de rechercher dans le mélange par l'examen global la présence de l'albumine, et au seul cas où l'on en trouverait, de procéder ensuite à l'examen fractionné.

Ce serait une erreur de pratique très préjudiciable à l'établissement d'un bon diagnostic.

Sans l'examen fractionné systématique on ne peut être sûr de ne pas laisser inaperçue l'albuminurie intermittente.

Si l'on trouve de l'albumine dans l'urine mélangée des 24 heures, on ne sait si cette albumine est ou n'est pas intermittente. Il faut faire une recherche qu'on aurait évitée si l'on avait commencé par faire l'examen fractionné.

Si l'on n'en trouve pas, on ne peut même pas affirmer qu'il n'y a pas à un moment donné. En effet, il peut y avoir une faible quantité d'albumine dans un temps très limité. Cette urine albumineuse est perdue au milieu de l'urine non albumineuse du reste des 24 heures. La limite de sensibilité des réactifs ne permet plus de la déceler. Nous avons vérifié à maintes reprises la possibilité de cette erreur et nous y avons insisté.

Il faut de plus examiner plusieurs jours de suite et à plusieurs reprises, pour éviter de tomber sur un moment où l'albuminurie s'arrête.

Syndrome urologique dans les albumiuuries intermittentes. — S'il règne encore une certaine obscurité sur l'état physiologique et surtout anatomique du rein chez les sujets atteints d'albuminurie intermittente, l'ensemble des constatations, tant cliniques qu'urologiques, semblent cependant dès maintenant permettre une vue d'ensemble sur ce syndrome.

En effet, bien que très diverses étiologiquement, bien que d'origines variées, les albuminuries intermittentes rentrent assez bien dans un cadre urologique commun.

Dans le syndrome urinaire l'albuminurie ne représente qu'un épisode d'un cycle, dont on retrouve au moins la trace, même dans les cas les moins typiques.

La majorité des albuminuries intermittentes semblent ainsi cycliques.

L'évolution complète de ce *cycle urologique* comprend une succession de phases ou *crises* qu'on peut ainsi résumer :

Cycle	*crise minérale*	excès de carbonates excès de phosphates	isolés ou associés
	crise chromogène	excès d'uroérythrine UROBILINE indican	
	crise albuminurique		
	crise azotée	excès d'acide urique excès d'urée.	

C'est, en somme, à quelques détails près, le cycle déjà si bien décrit par M. le professeur J. Teissier (de Lyon), qu'on retrouve assez net dans les cas types, plus fruste, seulement esquissé dans d'autres.

L'ordre de succession des crises ne subit pas d'interversion, mais elle admet des empiètements et des lacunes.

Remarque importante, ce n'est pas l'albuminurie qui se montre le plus constante, il semblerait que ce sont l'urobilinurie surtout, peut-être aussi l'excès d'uroérythrine. A certains jours la crise albuminurique peut manquer, la crise chromogène fait rarement défaut.

Digitized by Google

Autres caractères des albuminuries intermittentes : 1° influence positive très manifeste de la station debout et surtout de la marche et de l'ascension sur la production de l'albuminurie au bout d'un temps ou très court ou un peu plus prolongé.

D'une façon générale, l'albuminurie intermittente n'est pas nocturne. L'urine de la nuit ne contient pas d'albumine.

Dans deux observations que nous avons publiées, cette règle semble infirmée. Il n'y a qu'apparence de contradiction. Il s'agit de deux cas absolument spéciaux. Dans l'un c'est une fillette de 7 ans 1/2 qui, dans la période de desquamation de la scarlatine présente dans l'urine de la nuit une quantité infime d'albumine, probablement de la nucléo-albumine. L'autre cas montre une albuminurie toute accidentelle, d'un seul jour de durée, chez une fillette de 13 ans, au moment d'un érythème survenu 15 jours après une injection de sérum antidiphtérique.

Tout à fait exceptionnellement on voit de l'albuminurie nocturne chez des sujets à albuminurie diurne habituelle, mais le nombre en est infime et en tous cas leur albuminurie est si régulièrement diurne, un nombre de fois si considérable, qu'on peut tout au plus noter l'irrégularité qui parfois a sa raison particulière.

C'est après le lever, après la marche qu'on voit naître l'albuminurie intermittente. Elle est donc dans la grande majorité des cas *orthostatique*.

Il semble qu'il n'y ait pas nécessité absolue de décrire à part les albuminuries orthostatiques, dont la station debout serait la seule et unique raison efficiente nécessaire et suffisante.

Qu'il y ait quelques cas, rares, au dire même des auteurs, qui répondent à ces conditions et pour lesquels aucune autre cause ne puisse être invoquée, c'est possible ; cela ne veut pas dire, peut-être, qu'il n'y en ait pas une plus ou moins cachée.

Pour notre part, dans les faits que nous avons observés, nous n'avons pas vu d'albuminuries orthostatiques réellement pures ou du moins qui méritent ce nom.

Du reste, orthostatiques, on pourrait presque dire qu'elles le sont toutes les albuminuries intermittentes, par ce seul fait que même celles qui persistent le plus pendant le jour, s'interrompent, malgré tout, la nuit.

Comme moment d'apparition dans la journée, l'albuminurie intermittente affecte des heures un peu différentes selon les sujets. Chez les uns c'est le type matinal qui prédomine, matinal précoce, très rapidement après le lever, matinal tardif, après quelques heures. Chez d'autres on observe un type diurne, très rarement vespéral.

Parfois, il y a deux périodes d'albuminurie, une matinale, une diurne ou vespérale, coupées par une période intermédiaire dans laquelle l'urine reste exempte d'albumine.

Probablement que cette absence d'albumine intercalée entre deux crises albuminuriques coïncide avec la position assise prise pendant le repas, qui provoque la fin du cycle urinaire.

Dans certains cas, on remarque une certaine fixité dans l'heure d'apparition de l'albuminurie, d'où la dénomination de *cyclique ;* mais cette heure se déplace. Ce n'est qu'une fixité relative, par périodes de temps plus ou moins longues.

Toutes les combinaisons paraissent du reste possible. 2° *influence négative* encore plus manifeste *de la position horizontale*, moindre de la position assise, par conséquent urine de la nuit, urine des malades au lit, et malgré la fièvre d'une maladie intercurrente sans albumine.

A titre d'exemple, voici un fait pris entre d'autres :

19 jours consécutifs une petite albuminurique intermittente est maintenue au lit avec de la fièvre à 40° passés pour une angine folliculaire, qui se complique d'otite externe suppurée. Pendant ces 19 jours consécutifs l'examen fractionné des urines est pratiqué, soit en tout sur 52 échantillons, 2 fois seulement et le même jour (23 février) il fut possible de déceler un peu d'albumine donnant un précipité et par la chaleur avec addition d'acide acétique et par l'acide azotique, 8 fois l'acide nitrique ne donnait lieu à aucun louche, tandis que la chaleur et l'acide acétique provoquaient un très léger trouble.

Si la station verticale, surtout avec marche, possède une puissance provocatrice indéniable, la position horizontale montre un pouvoir d'arrêt encore plus actif.

Malgré l'attitude debout et la déambulation, les malades peuvent ne pas avoir d'albumine dans leur urine. C'est ce qui arrive vers la soirée, passé 5 à 6 heures ou plus tard très rarement plus tôt, l'albuminurie non apparue n'apparaît plus ou cesse si elle a existé. Elle peut cependant réapparaître si on prolonge la veille avant dans la nuit, exception qui confirme la règle, car c'est recommencer une nouvelle journée, en faisant de la nuit le jour. L'albuminurie existante cesse donc, l'agent provocateur, la verticalité. persistant.

Un nombre assez grand de sujets n'ont pas d'albuminurie quotidienne, mais par séries de jours coupés de séries de jours sans albumine.

Par contre, il suffit de faire coucher, même parfois asseoir le sujet, pour qu'au bout d'un temps variable, mais cependant relativement court, l'urine ait cessé d'être albumineuse.

Par le cubitus, on est le maître absolu de commander à l'albumine de disparaître.

La force inhibitrice l'emporte manifestement sur la force provocatrice.

L'influence négative de la position horizontale ne semble même pas pouvoir être contre-balancée par les efforts musculaires, même par les mouvements des membres inférieurs semblables à ceux de la marche.

Déjà M. Pierre Marie (1) a signalé le fait. A celles de nos

(1) Pierre Marie. De l'albuminurie cycliques (*Semaine médicale*, 5 février 1896).

Digitized by Google

petites malades que nous avons soumises au repos forcé plus ou moins prolongé, nous avons toujours recommandé de faire de la gymnastique dans leur lit. L'urine excrétée au moment de ces exercices ne contenait pas d'albumine.

Il n'en serait pas de même pour les mouvements provoqués par la faradisation des muscles, d'après une observation publiée par MM. Ch. Achard et Lœper.

L'albuminurie contenue dans l'urine est de la serine, parfois mélangée à la globuline, quelquefois c'est de la nucléo-albumine.

Il ne faut pas limiter les investigations à la seule constatation de l'albumine et de ses causes apparentes.

L'examen de l'urine peut encore nous fournir quelques données sur l'état fonctionnel du rein et sur l'état général du sujet.

1° Il y a dans la majorité des faits *oligurie* manifeste. Cette oligurie coïncide chronologiquement avec le moment d'apparition de l'albuminurie, mais elle est encore en rapport plus intime avec la station verticale et la marche, car elle peut exister dans ces conditions avant que l'albumine n'apparaisse et même sans albuminurie aucune.

C'est donc un *phénomène plus constant que l'albuminurie.*

La *statique urinaire* est *intervertie* ; le sujet urine par heure moins le jour que la nuit.

Parfois, malgré cette oligurie diurne, il y a *polyurie paradoxale*, parce que les urines de la nuit et celles de la position horizontale compensent au delà le déficit des urines du jour et de la station debout.

2° Dans les mêmes conditions d'orthostatisme il y a *urobilinurie* et cette urobilinurie orthostatique peut exister avec l'oligurie sans albuminurie.

L'orthostatisme provoque donc d'abord l'oligurie et l'urobilinurie, avant de faire naître l'albuminurie il peut même n'aboutir qu'à l'oligurie et qu'à l'urobilinurie sans albuminurie.

C'est pourquoi l'on pourrait peut être, sans trop de paradoxe dire des albuminuries intermittentes, qu'elles devraient être considérées comme des *urobilinuries avec albuminurie.*

Cette mise à un second plan relatif de l'albuminurie semble légitimée par les résultats donnés par l'exploration de la perméabilité rénale.

J'ai signalé (2) les particularités présentées dans deux cas soumis à l'épreuve du bleu. La matière colorante se présenta bien en temps voulu dans l'urine à peu près comme à l'état normal, mais elle n'en disparaît pas aussi vite que chez les sujets sains et cette prolongation avait lieu par poussées intermittentes.

(1) Ch. Achard et Lœper. Albuminurie orthostatique. (*Société médicale des hôpitaux*, Paris, 22 juin 1900).

(2) H. Gillet. Albuminuries intermittentes des jeunes sujets, perméabilité rénale. (*Annales de la Policlinique de Paris*, mars 1898).

Contre mes expériences, on pouvait soulever quelques objections, 1° la forte dose employée, 0,20 centigrammes au lieu de 5, dose habituellement usitée ; 2° la nature de la matière colorante, bleu de méthyle, au lieu de bleu de méthylène.

Mais la question vient d'être reprise et l'expérience renouvelée dans toute sa rigueur avec le bleu de méthylène à dose convenable. par MM. Ch. Achard et Lœper (1).

Chez la jeune fille, sujet de l'observation et soumise à l'épreuve, le bleu se montrait au bout d'une demi-heure, mais son excrétion se prolongeait de 5 à 7 jours.

En plus de cette vérification, nous devons retenir la remarque importante signalée par les auteurs, que cet état de la perméabilité rénale restait le même et pendant les périodes où l'albuminurie existait et pendant celles où elle faisait défaut.

L'albuminurie à elle seule ne donne donc pas la note de l'état du fonctionnement rénal insuffisant.

A côté du passage intermittent de la matière bleue injectée expérimentalement, on peut noter la variabilité extrême dans la couleur de l'urine.

En dehors des variations de colorations habituelles, on remarque parfois dans les albuminuries intermittentes une véritable intermittence dans la teinte de l'urine qui passe rapidement du jaune foncé au jaune pâle.

Il est arrivé une fois, qu'on m'a présenté des urines tellement incolores, qu'on les aurait prises pour l'eau à peine blanchie par un peu d'orgeat. J'ai dû rechercher l'existence de l'urée pour me convaincre qu'on ne m'avait pas trompé.

Il s'agissait d'un jeune garçon de 11 ans, atteint de fièvre typhoïde grave en octobre 1891 et que j'ai vu pour une albuminurie intermittente irrégulière de mai 1892 jusqu'en août 1895.

A noter encore l'existence fréquente de mucus.

L'absence de cylindres ou tout au moins de cylindre granuleux se vérifie dans la plupart des examens.

De l'examen urologique nous pouvons de plus tirer des renseignements qui nous instruisent sur l'état de la nutrition.

Déjà, Pavy avait noté l'*oxalurie*; M. Alb. Robin a décrit une albuminurie avec *phosphaturie.*

Les urines donnent une réaction à peine acide, même alcaline à l'émission. La *toxicité urinaire* d'après J. Teissier est *augmentée.*

Comme lui j'ai noté l'*aspect graisseux* de ces urines. Parfois, en s'altérant elles ont plutôt une *odeur de putréfaction* que d'ammoniaque; le fait semblait très net dans une de mes observations.

L'*urée baisse* de quantité.

Cette baisse peut être notable, aussi un de nos malades

(1) Ch. Achard et Lœper. Albuminurie orthostatique. (*Société médicale des hôpitaux*, 22 juin 1900).

Digitized by Google

adulte, 36 ans, voit en mars 1896 son urée à 21 gr. 30, en juin seulement 13 gr. 36. Ce sujet avait bien antérieurement 26 gr. et même 32 gr. par jour.

Le *coefficient azoturique abaissé* témoigne du trouble nutritif général. Dans les albuminuries digestives de M. Alb. Robin il y aura plutôt élévation du coefficient. Dans deux observations où nous avons fait l'analyse l'abaissement descendait à 79,97 chez une fillette de 11 ans, et chez un adulte de 36 ans, même à 58,85 et remontait à 78 après une cure à St-Nectaire.

Clinique. — A ces constatations urologiques correspond une histoire clinique.

D'une façon générale on peut faire trois classes dans les observations.

Dans une première catégorie, l'albuminurie intermittente constitue une surprise. Le sujet a les apparences de santé satisfaisante.

C'est, si l'on veut bien fouiller l'examen, une rareté.

On découvre le plus souvent quelque tare sous roche.

Un second groupe comprend toute une variété d'individus qui présentent quelques symptômes variables. C'est le plus grand nombre. Pour eux, on pense aux diagnostics, d'anémie, de lymphatisme, de nervosisme, de neurasthénie vague, de dyspepsie légère et diverse, de troubles de croissance, de neuro-arthritisme, etc. En somme, troubles fonctionnels vagues, diagnostic vague.

En tous cas rien ne cadre avec une affection quelconque des reins.

Il n'en est pas de même de quelques sujets, qui forment la troisième série chez lesquels on constate quelques symptômes, qu'on rencontre dans les néphrites, céphalée, œdème léger, fugace, localisé surtout à la face, aux paupières, pas d'œdème tibial, douleurs lombaires, bouffées de chaleur.

Il n'y a rien de plus, en général, pas de bruit de galop, même après course, parfois un peu d'irrégularité cardiaque.

Par contre on constate le plus souvent un *pouls* un peu *ralenti* et surtout une *pression basse*, comme J. Teissier l'a déjà fait remarquer et comme je l'ai vérifié.

Mais en somme, manifestations morbides minimes.

Etiologie. On note l'hérédité dans certains cas; on relève aussi des antécédents nerveux et arthritiques des jeunes sujets, etc.

Dans nos observations, à côté de ces conditions étiologiques, nous avons trouvé d'une façon presque constante l'infection ou l'intoxication comme à l'origine des néphrites. De sorte qu'on pourrait dresser la classification suivante des albuminuries intermittentes :

1° des néphrites	initiale	
	résiduale, cicatricielle.	
2° des infections	scarlatineuse	
	diphtérique	
	typhique	
	rubéolique	
	ourlienne	
	choréique	
	grippale	
	syphilitique	
	tuberculeuse, prétuberculeuse (J. Teissier)	
	blennorrhagique	
	impaludique	
3° des diathèses et dyscrasies	arthritique	cyclique des jeunes sujets
		prégoutteuse
	diabétique	
4° des auto-intoxications	dyspeptique	
	hépatique, cirrhotique	
	chlorotique, chlorobrightisme (Dieulafoy)	
	nerveuse, surmenage	physique — soldats, cyclistes
		intellectuel
5° des intoxications	saturnisme	
	morphinisme	
	etc.	

Durée-marche Les albuminuries intermittentes peuvent se prolonger non seulement des mois, mais des années Nous avons en observation des sujets depuis 5 et même 7 ans.

L'albuminurie intermittente peut persister sous forme quotidienne, mais souvent il y a des accalmies, il y a des périodes avec albuminurie et des périodes sans albuminurie qu'il ne faut pas escompter comme guérison

Il peut, rarement peut-être, se faire des récidives. Dans un cas d'albuminurie intermittente décelé à la suite des oreillons, j'ai vu une récidive 7 ans après avoir pensé pouvoir considérer la petite malade comme guérie.

Pronostic. Sauf la durée, parfois très longue, puisqu'on cite des albuminuries intermittentes remontant à 30 ou 40 ans, le pronostic, *quoad vitam* tout au moins, semble bénin.

Il ressort, du reste, de ce fait, qu'on n'a pas de pièces anatomiques à montrer, donc qu'il n'y a pas d'autopsie de ce chef, donc pas de mortalité

Reste le point noir de l'avenir rénal du sujet.

Ici, il y a des pessimistes et des optimistes.

Il paraît difficile de faire un pronostic général tout d'un bloc *Il y a des albuminuries intermittentes et non une albuminurie intermittente.* Toutes les circonstances particulières à chaque cas doivent être prises en considération.

On doit tenir en ligne de compte, l'âge, la rapidité d'apparition de l'albumine, sa quantité, la durée de la crise albuminurique, le type quotidien ou plus éloigné de l'intermittence, la durée antérieure, la modalité de réaction chimique, la perméabilité rénale, l'état général, le coefficient azoturique, l'urobilisme, la nature étiologique.

On doit être réservé dans son diagnostic de guérison et

Digitized by Google

avant de le formuler il faut exiger la disparition de l'albuminurie depuis plusieurs mois constatée par des examens fractionnés répétés par période de 3 à 4 jours de suite, au besoin de toute une semaine.

Tant qu'il y aura de l'urobilinurie, un coefficient azoturique bas, il faudra se tenir sur ses gardes.

Le tableau suivant résume le résultat de nos observations personnelles.

ÉTIOLOGIE	CARACTÈRE			SEXE	DÉBUT PROBABLE	DURÉE	GUÉRISON	STATIONNAIRE	AGGRAVATION
	DIURNE	NOCTURNE	ORTHOSTATIQUE						
10 Néphrite.....	diurne		orthostatique	F	à 7 ans 1/2	»		amélioreé après 4 ans	
30 Scarlatine (desquamat.).....		nocturne		F	à 7 ans 1/2	8 jours ?	guérie		
3 Post scarlatine..	diurne		orthostatique	H	à 13 ans	?	?		
4 id.	diurne		orthostatique	F	6 ans 1/2	2 mois ?	guérie		
5 Diphtérie (éryth. séroth).....		nocturne		F	à 13 ans	1 jour ?	guérie		
6 F. typhoïde.....	diurne		orthostatique	H	à 12 ans	?	?	non revu	
7 Rougeole.....	diurne		orthostatique	F	à 11 ans	3 ans ?	guérie		
8 Oreillons.....	diurne		orthostatique	F	à 7 ans 1/2	»		récidive après 7 ans	
9 Chorée.....	diurne		orthostatique	F	à 10 ans 1/2	»		stationnaire après 3 ans 3/4	
10 Infections multiples.....	diurne		orthostatique	F	à 11 ans	»		non revue	
11 id.	diurne		orthostatique	H	à 12 ans	»		stationnaire ?	
12 Arthritique.....	diurne		orthostatique	H	à 44 anr	4 mois ?	guéri		
13 Dyspeptique	diurne		orthostatique	H	à 12 ans	1 mois ?	guéri		
14 id.	diurne	nocturne		F	à 13 ans 1/2	1 jour ?	guérie		
15 Dyspepsie, surmenage.....	diurne		orthostatique	F H	à 36 ans	»		très amélioré après 5 ans	

ÉTAT DU REIN. — Ici, il n'y a de la place que pour l'hypothèse. Toutefois, si l'on considère en dehors de l'albuminurie, les autres facteurs du fonctionnement rénal, l'oligurie avec renversement de la statique urinaire, la perméabilité rénale intermittente, en dehors même des légers symptômes rénaux présentés par quelques malades, l'urobilinurie même et l'indicanurie, on arrive à penser qu'il n'y a pas un simple trouble fonctionnel. Il y a lésion du rein, lésion infime, si l'on veut, curable aussi le plus souvent, mais lésion pas moins.

Il est à présumer que l'épithélium glomérulaire, tout au moins, peut être aussi pour une petite part, celui des tubuli, n'a pas son intégrité absolue.

TRAITEMENT. — Cet état présumé du rein doit nous guider dans le traitement et crée une première indication.

Mais dans l'albuminurie intermittente, il faut voir au delà du symptôme rénal, au delà surtout du seul symptôme albuminurie. Il faut voir du côté du trouble, parfois profond de la nutrition générale, du côté du foie, du tube digestif, du système nerveux et circulatoire.

Du côté du foie et du tube digestif, nous y invitent, l'urobilinurie, l'indicanurie, la toxicité urinaire augmentée, l'abaissement du chiffre de l'urée, du coefficient azoturique. Du côté du système circulatoire et du système nerveux, le ralentissement du pouls, l'abaissement de la pression.

L'organisme de l'albuminurique intermittent est en état d'hyponutrition, de nutrition pervertie.

Le traitement sera surtout hygiénique.

1° *Hygiène alimentaire.* — Le régime lacté absolu semble ne pas convenir. On gardera le lait dans le régime mixte, mais on lui adjoindra les légumes, surtout farineux, les fruits cuits. On ne permettra qu'un usage excessivement modéré de viande grillée, bien fraîche.

Suppression de toute boisson alcoolique.

2° *Hygiène générale.* — On mettra en œuvre tout ce qui peut activer la nutrition, hydrothérapie, selon les cas, cure d'air, cure hydrominérale. Saint-Nectaire, en particulier. Pas de fatigues intellectuelles, ni corporelles.

Frictions stimulantes, massage.

3° *Traitement proprement dit.* — L'action inhibitrice de la *position horizontale* la fait prescrire comme moyen curatif Il y a quelques guérisons à son actif. J'ai échoué après 6 mois chez une fillette de 10 ans, malgré un séjour au lit absolu. En tous cas les albuminuriques intermittents doivent rester *debout le moins possible.* Il faut veiller aux fonctions intestinales. On peut ajouter des révulsifs sur la région lombaire ; comme médicaments, les tanniques, le perchlorure de fer, peut être, quoique je n'aie pas eu de résultat, l'opothérapie, soit hépatique soit rénale, cette dernière surtout et avec des xtraits tirés d'organes très jeunes.

En résumé, on s'est trop attaché dans l'étude des albuminuries intermittentes, au symptôme albuminurie ; on a trop négligé l'état général du sujet.

L'albuminurie ne représente qu'un épiphénomène dont le déterminisme appartient aux conditions spéciales du moment dans le système nerveux et surtout circulatoire, mais le tout commandé par une susceptibilité spéciale du rein dérive lui-même de l'infection ou de l'intoxication antérieure ou concomitante.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Action physiologique et thérapeutique de la digitale et ses principes actifs

par Sir Lauder Brunton

La digitale est un des remèdes les plus employés contre les maladies du cœur et il est important pour nous de bien comprendre sa manière d'agir. Dans le traité magistral de Homolle et Quevenne publié en 1854, les travaux antérieurs sur la digitale sont rapportés en détail et les auteurs décrivent ses effets physiologiques et sa composition chimique tels qu'ils étaient connus à cette date. Depuis lors, d'importantes recherches ont été faites qui tendent à démontrer que la digitale agit sur le cœur, sur les vaisseaux sanguins et sur la secrétion urinaire. On a étudié les effets de la drogue sur la grenouille et sur les mammifères et les différences d'opinion qui se sont manifestées entre les auteurs, dépendent, selon nous, de ce qu'ils ont cru que les effets sur la grenouille et sur les mammifères étaient exactement pareils. Sans doute, il existe une ressemblance générale assez marquée entre les effets observés sur les deux classes d'animaux, mais tout en se ressemblant, ces effets ne sont pas identiques. Sur le cœur de grenouille, l'effet de la digitale est de ralentir les battements et de rendre les contractions plus complètes ; ces effets s'obtiennent aussi bien quand le cœur est entièrement isolé, que lorsque l'organe est simplement mis à nu et laissé en place. Les battements sont non seulement ralentis mais deviennent, en premier lieu, plus amples, le cœur se remplissant davantage pendant la diastole et se resserrant plus énergiquement pendant la systole. La dilatation diastolique diminue peu à peu jusqu'à ce que le cœur s'arrête en systole. L'arrêt des battements cardiaques n'est pas dû à la paralysie mais simplement à la contraction exagérée et persistante du cœur. Si on lui fait subir de la dilatation par l'introduction de sérum sous pression, les battements reprennent. L'effet de la digitale sur le cœur de la grenouille dérive principalement de ses effets sur le muscle cardiaque. Chez les mammifères également la digitale provoque un ralentissement des pulsations cardiaques qui deviennent plus énergiques mais ici le ralentissement ne dépend pas uniquement de l'effet de la drogue sur le muscle cardiaque ainsi que chez la grenouille, car il résulte en grande partie de son effet stimulant sur le centre inhibitoire dans le bulbe. Il se peut que l'effet stimulant soit si énergique que le cœur, au lieu de s'arrêter en pleine systole, comme chez la grenouille, s'arrête en pleine diastole, ce qui a lieu chez le chien. Le ralentissement en partie des effets de la digitale sur le centre inhibitoire mais en partie aussi de l'action indirecte de la drogue qui provoque une hausse de pression sanguine, laquelle à son tour produit un effet stimulant sur le centre d'inhibition. Que le ralentissement des battements cardiaques soit en grande partie dû à l'action de la digitale sur les centres inhibitoires dans le bulbe, cela est prouvé par le fait que la section des nerfs pneumogastriques, après que le cœur a été ralenti par la digitale, est suivie ordinairement d'une accélération des pulsations. L'influence de l'élévation de la pression sanguine provoquée par la digitale, dans la production de cette accélération est démontrée par ce fait, que lorsqu'on réduit la pression, au moyen du nitrite d'amyle, le ralentissement cardiaque devient, moins évident. Néanmoins, il faut admettre que la drogue agit directement sur le centre inhibitoire puisqu'il arrive parfois que l'action cardiaque se ralentit alors même que la pression sanguine est normale ou au-dessous. Sans doute le ralentissement du cœur dépend aussi de l'action de la digitale sur un mécanisme inhibitoire périphérique situé dans le cœur même, puisque, même chez les mammifères, la section des nerfs vagues a pour effet de retarder les battements cardiaque, effet qui ne s'observe plus si on administre de l'atropine qui a pour effet de paralyser l'appareil inhibitoire. Le ralentissement cardiaque causé par les petites doses de la drogue est remplacé par une accélération très marquée aussitôt que l'on donne des doses plus fortes. On a attribué cet effet accélérateur en partie aussi à l'excitabilité plus grande du muscle cardiaque lui-même. Il est probable que chacun de ces facteurs contribue pour sa part à ce résultat.

Les pharmacologistes en général sont d'accord en ce qui concerne l'augmentation de la force des contractions cardiaques causée par la digitale mais ils diffèrent quant à ses effets sur les vaisseaux. D'une part on soutient que la contraction des vaisseaux provoquée par la digitale est un effet aussi marqué et aussi important que son action sur le cœur, tandis que, d'autre part, on considère la contraction des vaisseaux, si elle a lieu, comme un phénomène éphémère et sans importance. Mon opinion personnelle est que la contraction des vaisseaux chez les mammifères provoquée par la digitale est aussi prononcée qu'incontestable et qu'elle dépend, ainsi que l'effet produit sur le cœur, autant de l'action périphérique que de l'action centrale de la drogue. Je pense que la digitale a une action locale sur les parois musculaires des artérioles, dont elle détermine la contraction, et, en outre, qu'elle excite le centre vaso-moteur dans le bulbe. C'est en vertu de cette action double, de contracter les artérioles et d'augmenter la puissance cardiaque, qu'elle provoque une hausse de la pression sanguine. Je ne doute pas que la digitale ne soit susceptible d'élever la pression sanguine en raison de son effet stimu-

Digitized by Google

lant sur le cœur, sans tenir compte de son effet collatéral sur les vaisseaux mais, chez les mammifères, on observe quelques phénomènes que n'explique pas l'effet cardiaque seul. Ainsi, si l'on provoque l'arrêt cardiaque par irritation des nerfs vagues, on reconnaît que la pression sanguine baisse rapidement chez l'animal normal mais cette baisse est beaucoup plus brusque si l'on administre de la digitale et, d'après nous ce résultat ne s'explique qu'en supposant une contraction des artérioles qui aura pour effet de déterminer une stase sanguine dans l'aorte et ses branches. Le fait que la contraction des artérioles périphériques est provoquée par la digitale est prouvé par le résultat des expériences de perfusion. L'addition de la digitale aux solutions salines ou sanguines que l'on fait circuler à travers les organes enlevés, a pour effet de diminuer la rapidité de l'écoulement d'une manière notable. On ne peut décider actuellement si cette action dépend entièrement de l'effet produit sur le muscle cardiaque ou sur des appareils nerveux locaux. Il existe une action stimulante sur le centre vaso-moteur bulbaire, ainsi que le prouve la hausse de pression provoquée par la drogue, même après section de la moëlle intacte. La digitale amène aussi une exagération de pression sanguine dans la circulation pulmonaire mais à un degré beaucoup moindre que dans la circulation systémique.

La diurèse provoquée par la digitale doit sans doute être attribuée à l'exagération de la pression sanguine dans les *glomérules* du rein. La digitale fait contracter les vaisseaux du rein ainsi que les autres vaisseaux, ce qui a été démontré par Bradford et Phillips au moyen de l'onconmètre de Roy. A une certaine période de l'action digitalique, au moment où la pression sanguine est très élevée, la sécrétion urinaire peut se trouver complètement arrêtée comme si l'on avait appliqué une ligature sur l'artère rénale. Au fur et à mesure que la pression baisse la sécrétion urinaire augmente mais on y retrouve généralement des traces d'albumine ainsi que lorsqu'on enlève une ligature préalablement appliquée sur l'artère rénale. Si la tension vasculaire es élevée d'emblée, avec une sécrétion urinaire abondante, il est évident que celle-ci ne sera pas beaucoup augmentée par la digitale. Si au contraire, la tension vasculaire est au-dessous de la normale, comme chez les personnes à parois vasculaires relachées, et quand le système artériel contient relativement peu de sang, à la suite d'une maladie cardiaque, l'insuffisance mitrale par exemple, les effets diurétiques de la digitale seront naturellement plus prononcés. Instillé dans les yeux la drogue produit de l'irritation avec des douleurs assez fortes. J'ignore si l'on a étudié l'élimination de la digitale par l'estomac, mais nous savons que si elle est administrée pendant un certain temps elle cause de l'irritation gastrique, accompagnée de vomissements violents et d'inappétence, même il arrive parfois que les vomissements se manifestent chez les cardiaques avant que la drogue n'ait produit un effet perceptible sur le pouls.

La composition chimique de la digitale est fort complexe, et il se peut bien que la variabilité des résultats obtenus par les différents observateurs soit due, non seulement au fait que leurs expériences ont porté sur des animaux différents, mais aussi à l'activité physiologique variable des produits employés par eux, lors même que ces produits ont porté le même nom. Selon Schmiedeberg les principes les plus importants de la digitale sont : digitoxine, digitaline, digitonine, et digitine. Ni la digitine, ni la digitonine ne possèdent de propriétés physiologiques bien prononcées, aussi nous pouvons les mettre de côté. La digitaline cristallisée de Nativelle est composée presque exclusivement de la digitoxine ; la digitaline d'Homolle et Quevenne récèle principalement de la digitaline, et la digitaline allemande renferme la digitaline et la digitonine. Tous ces principes ont à peu près le même genre d'action, mais il s'en faut qu'ils aient tous la même activité, la digitoxine étant de beaucoup la plus énergique. D'après Widal la digitaline cristallisée de Nativelle est de huit à dix fois plus puissante que la digitaline amorphe. La digitaline de Nativelle, donnée à la dose de 1 à 2 milligrammes dans les vingt-quatre heures, ralentit le pouls, tandis qu'il faut de 3 à 10 milligrammes de la digitaline de Homolle pour produire cet effet. La digitaline allemande peut se donner à doses trois fois plus fortes que celle de Homolle et dix fois plus fortes que celles de Nativelle. Les digitalines insolubles, celles de Nativelle et Homolle, administrées par voie hypodermique, donnent lieu à une irritation locale très intense, parfois même à la formation d'abcès malgré la stérilisation des solutions. La digitaline soluble est employée pour la médication hypodermique sous forme de solution au centième d'eau et de glycérine à quantités égales. On peut injecter un ou deux centimètres cubes de cette solution deux ou trois fois par jour.

Les effets thérapeutiques de la digitale et de ses principes actifs sont de :

(1) Régulariser l'action cardiaque.
(2) Renforcer la circulation défaillante.
(3) Action diurétique.

En présence de palpitations ou d'irrégularités fonctionnelles du rhythme cardiaque, sans lésions organiques, la digitale à petites doses (10 gouttes de la teinture par exemple) rend souvent de grands services. L'effet bienfaisant de la digitale se fait sentir lorsqu'il y a palpitations à la suite d'un effort musculaire trop violent, soulèvement de poids trop lourds, ou la conséquence d'émotions morales, les ennuis, etc. Dans les cas où les palpitations sont d'origine réflexe, consécutivement à l'irritation des nerfs pneumogastriques, on obtient de meilleurs résultats avec le bismuth et la rhubarbe qu'avec des toniques cardiaques quoique l'addition de la voix vomique à ces substances tend à rehausser leurs effets. Dans l'insuffisance aortique avec compensation complète la digitale est tout à fait inutile. Beaucoup de personnes atteintes d'insuffisance aortique l'ignorent et souvent on n'apprend l'existence de cette lésion qu'accidentellement au cours d'un examen médical

Digitized by Google

ayant un tout autre but. Dans l'insuffisance aortique non compensée la digitale peut nous aider à prévenir la syncope qui menace les malades chez qui la tension vasculaire est très réduite pendant la diastole cardiaque, à la suite de défauts valvulaires qui permettent au sang de retourner dans le cœur, une partie seulement franchissant les artérioles pour remplir les veines. Si la diastole se prolonge, la tension peut tomber beaucoup au-dessous de la normale exposant ainsi le malade à la syncope. Lorsque les valvules mitrales deviennent insuffisantes, soit à la suite de lésions valvulaires, soit comme conséquence de la dilatation cardiaque due à la faiblesse des parois musculaires à la suite de maladies infectieuses, tel que l'influenza, ou enfin comme résultat de la défaillance du cœur hypertrophié à la suite d'insuffisance aortique d'origine rénale, la digitale est susceptible de rendre les plus grands services.

Il ne faut pas croire que la digitale n'est utile dans l'insuffisance aortique qu'en présence d'un degré de dilatation cardiaque qui entraîne l'insuffisance de valves mitrales. Au contraire elle peut rendre service avant cette période en vertu de son effet sur la dilatation ventriculaire, qu'elle tend à restreindre. De cette manière la digitale diminue la quantité de sang regurgité. En même temps son effet constricteur sur les artérioles met opposition au courant sanguin et il en résulte que la digitale non seulement retient le sang dans l'aorte pendant la diastole mais aussi qu'elle tend à rendre la tension aortique plus uniforme, moins intermittente et plus normale.

Pour obtenir les meilleurs effets dans la digitale dans les cas graves, il faut l'associer avec le repos au lit et le massage. Dans l'absence de tout mouvement la pression sanguine, que le cœur est appelé à vaincre à chaque systole, tend à baisser et les battements cardiaques deviennent moins fréquents. Le ralentissement du pouls dû au repos s'accentue encore sous l'influence de la digitale. Or, c'est pendant la diastole que le cœur se régénère; en effet la diastole représente le repos, le sommeil et la période de répa ration du cœur. Si donc nous lui donnons de l'extension nous facilitons le retour de l'organe à son état normal. Sous l'influence de ce traitement combiné les artères se remplissent de sang, et la stase veineuse tend à disparaître et avec elle disparaissent aussi l'engorgement du foie, les troubles digestifs, la flatulence, l'œdème et l'albuminurie. De même la circulation pulmonaire devient moins gênée, la dyspnée et la toux irritante s'améliorent, la contraction plus énergique du cœur dilaté, en resserrant les orifices ventriculaires et auriculaires, remédie jusqu'à un certain point aux lésions valvulaires et réduit la quantité de sang refoulé. L'oxydation des tissus est en outre favorisée par les contractions cardiaques plus énergiques, en effet, Fleischler a démontré que l'hémoglobine rend son oxygène plus facilement sous l'influence de la concussion. La circulation à travers les artérioles, au lieu de s'effectuer sous une tension à peu près constante, devient intermittente et par ce fait l'œdème tend à disparaître. Les expériences sur les organes enlevés, faites dans le laboratoire de Ludwig, ont clairement démontré que la circulation à pression uniforme favorise le développement de l'œdème et l'arrêt du courant sanguin ; d'autre part lorsqu'on a reproduit l'intermittence naturelle des battements cardiaques l'œdème se produisait beaucoup moins.

Le massage supplemente les effets de la digitale en ce qu'il diminue le travail qui incombe au cœur, c'est-à-dire, le cœur n'a plus à projeter le sang du ventricule gauche jusque dans l'oreillette droite, il suffit en effet qu'il soi lancé jusqu'à la périphérie, les manipulations du masseur le ramenant en grande partie de la périphérie au cœur.

En dernier lieu je désire dire quelques mots au sujet des dangers qu'entraîne l'administration de la digitale en présence de la dégénérescence graisseuse ou lorsque la tension sanguine est très élevée. Il est vrai que ce n'est pas toujours chose facile que de diagnostiquer l'existence de cette dégénérescence, mais si les battements cardiaques sont faibles et les sons peu accentués relativement aux dimensions de l'organe, il y a lieu de soupçonner l'existence d'un cœur graisseux et on hésitera en conséquence à avoir recours à la digitale.

Rappelons que la digitale, en plus de son action sur le cœur excite la contraction des artérioles et comme résultat secondaire détermine l'élévation de la pression sanguine. Or, toute augmentation de la tension sanguine peut avoir un retentissement désastreux sur un cœur dont les parois se trouvent en état de dégénérescence graisseuse et dont la résistance est par ce fait notablement diminuée. Dans cet état il faut peu de chose pour jeter le trouble dans la circulation. Si dans ces circonstances on désire tirer parti des effets stimulants de la digitale sur le cœur il faut l'associer avec des drogues vasodilatrices, la nitroglycerine, le nitroerythol ou le nitrite d'ethyl, par exemple (ce dernier s'administrant généralement sous la forme d'éther nitreux) car ces drogues en diminuant la résistance périphérique, tendent à écarter le danger de défaillance cardiaque.

La même précaution est indiquée en présence de la tension sanguine surélevée avec menace de défaillance cardiaque. Il ne faut jamais perdre de vue la possibilité de la rupture d'un vaisseau dans le cerveau à la suite de l'administration de drogues susceptibles d'exagérer davantage une tension artérielle déjà trop élevée.

Dans ces conditions on peut se demander s'il n'est pas plus prudent de renoncer à la digitale. Même si nous prenons la précaution de lui associer les nitrites il est de notre devoir de surveiller de près le fonctionnement du foie et de l'intestin.

Les recherches pharmacologiques nous ont fourni beaucoup d'éclaircissements sur le mode d'action de drogues isolées, mais il reste un vaste champ à explorer en ce qui concerne les effets de médicaments combinés. L'expérience nous a appris, par exemple, que le mercure, et surtout le calomel. augmente notablement l'action de la digitale si on l'administre en même temps, mais nous sommes dans

Digitized by Google

l'impossibilité d'expliquer pourquoi, dans les cas où la digitale n'a pas réussi, on obtient parfois les effets voulus en lui associant le mercure.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de l'Appendicite

par le Dr Paul Reynier, *Chirurgien de Lariboisière*

Je ne peux vous dire avec quel plaisir je viens d'entendre le rapport si intéressant de M. Roux, et surtout celui si étudié, si consciencieux, si lucide de mon ami le Dr Jalaguier. Ces rapports viennent en effet à l'appui des idées que j'ai toujours défendues, en même temps que M. Jalaguier, à savoir que l'expectative armée donne plus de succès que l'intervention hâtive, systématique, non raisonnée. Ce sont ces idées que j'ai défendues à la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques en 1896, ce sont celles que j'ai toujours défendues à la Société de Chirurgie ; et dans la dernière discussion qui a eu lieu à cette Société, je restais le seul luttant à la fin de cette discussion, pour soutenir cette expectative armée, contre les partisans de l'intervention hâtive. Mais tout ce qu'on m'a objecté n'a pas ébranlé ma conviction. Plus mon expérience personnelle s'accroît, plus j'étudie les faits, plus je crois que les opinions défendues par MM. Jalaguier et Roux, sont celles qui sont les vraies. Quand vous êtes appelé dès les premières heures d'une appendicite le seul traitement doit être la glace, l'immobilité au lit, la diète absolue, l'absence de tout purgatif, et l'opium à l'intérieur.

Mais quand je dis la glace, ce n'est pas la glace comme je la vois mettre trop souvent, par des personnes qui croient faire le traitement par la glace, en faisant toucher le ventre par le fond d'une vessie de glace suspendue à un cerceau. Ainsi à peine 10 centimètres carrés de la peau du ventre se trouvent refroidis. Le traitement par la glace consiste dans l'application de une, deux ou trois grandes vessies de glace plates, suivant la largeur du ventre, reposant sur celui ci directement et le couvrant dans son entier, sans qu'on craigne leur poids. Séparez-les simplement de la peau par une épaisseur de flanelle, et surveillez seulement pour que la peau ne devienne pas rouge, de peur des escharres. Que cette glace enfin soit renouvelée scrupuleusement toutes les 2 ou 3 heures, pendant tout le temps qu'il y a quelque chose dans le ventre qui vous préoccupe, par suite 3, 10, 15 jours au besoin.

Avec ce traitement toutes les fois que j'ai pu l'appliquer scrupuleusement dès les premières heures, j'ai toujours vu en 24 heures, 48 heures au plus tous les accidents disparaître. Malheureusement nous sommes appelés rarement dès les premiers accidents, et mon expérience personnelle se résume à 12 malades ; mais j'ai celle de mes élèves le Dr Marieux, le Dr Deroche qui ont une grosse clientèle, qui souvent voient des appendicites au début, et qui dernièrement encore me disaient que depuis qu'ils appliquaient ce traitement, ils n'avaient plus d'accidents.

Le plus souvent c'est au bout de 24 heures, de 48, de 72 heures que nous sommes appelés. Alors deux cas se présentent. Ou les accidents sont limités à la fosse iliaque, sans retentissement péritonéal exagéré, ou nous sommes en présence de phénomènes de péritonisme généralisé, ballonnement du ventre, sans localisation appréciable.

Dans le premier cas, instituer le traitement par la glace, et comme vous le dit M. Jalaguier, vous verrez ou tout s'amender, ou se limiter de plus en plus un abcès, que vous ouvrirez vers le huitième jour ou le neuvième jour, quand les adhérences se seront faites. J'ai opéré ainsi 30 malades, sans avoir eu de morts à déplorer, et j'ai pu chez 51 malades faire retarder l'opération et les opérer à froid, avec une mort que j'ai due à ma précipitation à l'opérer trop tôt, n'ayant pas laissé complètement refroidir.

Mais renvoyant au rapport de M. Jalaguier, je passe rapidement sur ces faits, et j'arrive aux cas où nous sommes appelés lorsque le malade est en pleine réaction péritonéale, que nous le trouvons avec le ventre ballonné, les traits tirés, le facies péritonéal ; avec température élevée, ou abaissée, pouls rapide atteignant 120 ou le dépassant, vomissements incessants, voire même fécaloïdes.

Eh bien, là encore je vais plus loin que mon ami M. Jalaguier devant les malades qui ont l'aspect de la péritonite, et quelques-uns de la péritonite septique quand vous êtes appelé dans les trois ou quatre premiers jours des accidents, non le sixième, septième ou huitième jour, car dans ce cas je parlerais autrement, sachant qu'à ce moment je me trouve sûrement en présence de péritonite confirmée, ne pouvant plus rétrocéder, devant ces malades n'intervenez pas, il faut un certain courage pour venir vous le dire, car un chirurgien peut être accusé dans ce cas là d'être un timoré, il faut surtout bien plus de courage pour prendre devant le malade cette détermination, car à l'heure actuelle, l'entourage, le médecin, tout le monde vous poussent à l'opération, et comme vous l'a dit M. Jalaguier, l'opération sans discussion, systématique, donne plus de quiétude à l'esprit du chirurgien.

Mais malgré tout, je vous le répète avec encore plus de force que je l'ai dit à la Société de chirurgie, ne vous pressez pas dans ces cas d'intervenir. Faites le traitement par la glace, l'immobilisation et la diète absolue, l'opium, et joignez-y la caféïne, les injections de sérum, soit sous-cutanées, soit, s'il le faut, intraveineuses, et vous aurez plus de succès que par l'intervention, vous aurez des succès comme je les ai eus, même dans les cas qui vous paraissaient désespérés.

Et pour vous convaincre je ne peux mieux faire que de venir vous apporter ma statistique sur laquelle je base ma conviction, et qui j'espère entraînera la vôtre. J'ai vu vingt-et-un de ces cas à réaction péritonéale généralisée, sans localisation appréciable. Dans neuf cas je ne suis pas intervenu, j'ai institué le traitement par la glace, et les in-

Digitized by Google

jections de caféïne et de sérum, et huit malades sont guéris, un seul est mort, me faisant regretter de n'être pas intervenu.

Or ces neuf malades, si je ne les ai pas opérés, ce n'est pas par théorie, mais parce que je les trouvais trop bas pour oser tenter une opération, j'en appelle au témoignage des médecins qui m'avaient demandé, et qui les soignaient avec moi. J'ai donné par ailleurs leurs observations détaillées. Je les rappelle seulement ici brièvement.

Le premier était un malade qui avait été la veille pris de tous les symptômes d'une perforation intestinale. Je le vois quarante-huit heures après le début des accidents avec le docteur Deroche. Il avait un ballonnement généralisé, le pouls rapide filiforme, la température à 36. On lui fait de la caféïne, on applique la glace, et une localisation se produisait, qui le huitième jour des accidents, me permettait d'ouvrir un abcès contenant des matières fécales par une incision le long du muscle droit.

J'ai encore à vous citer la malade du Dr Desmons, que nous voyons avec le Dr Beuzier un mardi matin, trois jours après le début des accidents. Le Dr Beuzier la trouve si mal, avec une température tellement basse, un pouls tellement rapide, que lui, interventionniste de la première heure, me dit de ne pas opérer et de ne pas faire l'opération que si les choses continuant à aller de plus en plus mal, la famille tient absolument à ce qu'on tente quelque chose.

Or je reviens à quatre heures et je trouve la malade si bas, que je me refuse même à donner cette consolation à la famille. La malade avait des vomissements fécaloïdes, un pouls presque incomptable. Et cependant sous l'influence du sérum, de la caféïne, de la glace, le lendemain matin le Dr Desmons me téléphonait qu'elle était sauvée, et en effet une localisation se faisait, la température remontait, et le huitième jour j'ouvrais un abcès rétrocœcal, dont l'ouverture était suivie d'une fistule stercorale qui guérissait.

Je vous cite encore ces deux malades que je soigne avec le Dr Paulesco. L'une est vue par moi quatre jours après le début d'accidents d'occlusion liée à une appendicite. Je la trouve après une purgation avec huile de ricin et goutte de croton ayant des vomissements fécaloïdes le faciès tiré, toutefois le pouls encore bon, à 120, mais bien frappé — température 36-8. — Avec la glace, la caféïne, la malade a guéri.

Et ce jeune garçon de seize ans, que je trouve le 27 Mai dans le service du docteur Lancereau, et que me montre le docteur Paulesco ? Il entrait le 25 Mai, deux jours après le début d'un appendicite, dans le service. Son médecin lui ordonne de la glace mais il l'applique pendant une heure, la laisse fondre. Il entre le 25 Mai ; ventre ballonné douloureux à la palpation partout, surtout dans la fosse iliaque; faciès tiré, vomissements verts répétés, voix faible, pouls 100. On lui donne un petit lavement purgatif. — 26 Mai. A la suite de ce lavement, selles abondantes ; le ballonnement du ventre persiste, vomissements bilieux incessants, contenant des grumeaux foncés brunâtres.

28 Mai. Je le vois le 27 Mai au soir ; je le trouve me parlant la voix cassée, ayant le faciés tiré, la température à 36-8, le pouls à 130 avec des vomissements toujours incessants, et le ventre toujours ballonné.

Une vessie de glace était bien mise sur le ventre, mais les infirmières l'avaient suspendue à un cerceau, et elle touchait à peine le ventre. Avec le Dr Paulesco, nous le faisons couvrir de glace, on continue l'opium, la caféïne.

Sous l'influence de ce traitement, au bout de 48 heures, un mieux s'établissait, le malade guérissait, et était opéré un mois après.

J'ai 9 observations pareilles, dans lesquelles je ne croyais pas en voyant mes malades au début, à la possibilité de la guérison, et cependant ces malades ont guéri, sauf un que j'ai trouvé le quatrième jour au soir du début des accidents, avec un ballonnement généralisé, le pouls petit, le faciès mauvais avec vomissements bilieux, puis fécaloïdes. Sous l'influence de la glace, des injections de sérum intraveineuses, j'arrivais à voir se localiser une collection que j'ouvrais le huitième jour, mais le malade restait faible, mourait le lendemain de cette intervention, me laissant l'impression à moi comme au Dr Gartner, qui le soignait, que nous avions échoué au port.

Opposez à cette statistique, celle de mes interventions, ou de celles qui ont été faites dans mon service, par mes assistants, 13 fois on est intervenu toujours parce qu'on trouvait encore le pouls bon et résistant et le malade paraissant être dans les conditions à supporter une intervention.

Or, sur 13 malades ainsi opérés j'ai 4 guérisons, 9 morts et cependant j'en ai un, qu'avec le Dr Marieux, j'ai opéré 24 heures après le début des accidents ; je relève 3 opérés le troisième jour, 1 le quatrième, 1 le cinquième, 1 le sixième, 2 passé le huitième jour, 4 malades seulement dans cette série noire ont guéri, 2 opérés par moi, un par mon ami Legueu dans mon service, un autre par mon interne, à l'heure actuelle le Dr Flœrsheim.

Mais je n'ai pas relevé toutes les opérations faites par les chirurgiens de garde dans mon service. Toutes les fois qu'ils ont opéré en pleine poussée péritonéale généralisée avec ce ballonnement du ventre, ces vomissements, ce pouls précipité, je n'ai pas souvenance d'avoir vu guérir un de ces opérés, sauf le malade de M. Legueu, dont je viens de vous parler.

Devant ces faits, comment voulez-vous donc que je puisse conclure autrement qu'en vous disant ce que je vous disais au début. Lorsque vous vous trouverez en présence dans les 3 ou 4 jours qui suivent le début des accidents, de ces réactions péritonéales généralisées, sans localisation nette, votre malade bénéficiera plus du traitement par la glace, le repos, la diète absolue, et l'opium, que d'une intervention (1).

(1) XIIIe Congrès international des Sciences Médicales (2-9 août 1900).

Digitized by Google

Des résultats éloignés de la cure radicale des Hernies inguinales et crurales par le procédé de la Myoplastie.

Nous avons communiqué, en 1893, au Congrès français de Chirurgie, un nouveau procédé de cure radicale des hernies crurale et inguinale par la myoplastie (Séance du 7 avril, p. 689, 1893).

Rappelons en quelques mots la manière de faire pour la hernie inguinale, puis pour la hernie crurale.

Myoplastie inguinale. — Après la résection du sac et sa ligature le plus haut possible, incision de la gaine du droit antérieur de l'abdomen; formation d'un lambeau musculaire à pédicule inférieur, qui est insinué à travers une boutonnière passant en arrière du pilier interne, dans le canal inguinal, puis suturé en haut au petit oblique, en bas à l'arcade crurale. Ce lambeau musculaire renforce en bas et continue le pilier du petit oblique et du transverse; il reconstitue la paroi antérieure du canal inguinal. Par dessus l'on suture les piliers du grand oblique, puis la peau.

Myoplastie crurale. — Pour la hernie crurale, une fois la résection et ligature faites, on ouvre la gaine du moyen conducteur, on en tire un lambeau musculaire à pédicule supérieur, qu'on tient et suture à l'arcade crurale et au tissu cellulo-adipeux qui se trouve en dedans de la veine crurale. Par dessus réunion de la peau.

Je disais dans ma communication que ce procédé n'était applicable qu'aux hernies de faiblesse, à celle où les tissus aponévrotiques et musculaires de la peau sont dissociés, mauvais pour la réfection. Aussi ne vous étonnez pas si je n'ai mis en pratique cette manière de faire que 63 fois depuis 7 ans, sur près de 500 hernieux que j'ai opérés Pour toutes les hernies inguinales à conditions ordinaires, j'ai toujours mis en usage le procédé Bassini ou plutôt celui de l'abaissement du plan musculaire formé par le petit oblique et le transverse.

Pour les hernies crurales petites ou moyennes, à anneaux peu dilatés, j'ai suturé l'anneau quand cela était possible, ou renforcé l'anneau avec une bande de tissu fibreux formant lambeau à la périphérie.

J'ai opéré par la myoplastie 63 hernies inguinales et crurales depuis 1893.

J'ai pu revoir actuellement une quinzaine de mes opérés. La plupart étant des malades d'hôpital échappent ensuite à notre observation, avec cette réserve toutefois, qu'en général, lorsque les choses vont au mal, ils savent très bien nous retrouver.

Nos opérés de hernie inguinale, qui, presque tous, sauf un, avaient des hernies remarquables par la faiblesse de la paroi, la largeur des anneaux, la laxité des aponévroses, sont tous restés guéris, sauf un qui a eu une récidive à la suite d'une chute dans un escalier qui a amené une déchirure de la région. Tous faisant des métiers de force, travaillant sans porter de bandage et sans rien ressentir d'anormal du côté du muscle auquel on a enlevé le lambeau. Aucun ennui, aucune faiblesse.

Les guérisons datent : 1 de 7 ans, 2 de 5 ans, 1 de 4 ans, 2 de 2 ans 1/2 une de 2 ans à peu près. On peut les considérer comme définitives; on porte un bandage pour une hernie du côté opposé non opéré.

Des opérés de hernie crurale, nous n'avons pu en revoir que 3 dont 2 opérés depuis 5 et 4 ans, exercent leur profession sans aucun inconvénient. Chez le 3e qui était venu nous retrouver depuis, une hernie s'est reproduite, mais sa paroi est d'une faiblesse extrême, c'est au-dessus de l'arcade qu'elle paraît passer plutôt que par l'anneau crural.

En résumé, le procédé de la myoplastie nous paraît donner des résultats excellents, durables et mérite d'être employé toutes les fois que les conditions requises se présenteront. — Dr Ed. Schwartz, *Chirurgien de l'hôpital Cochin, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.*

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Hérédité syphilitique de seconde génération — M. Fournier. La syphilis du grand-père est-elle capable de réagir sur le petit-fils ?

Cette question reste encore très controversée ; il est possible cependant de la résoudre par l'affirmative. Mais, pour être probante, une observation de transmission héréditaire de syphilis de la première à la troisième génération doit répondre aux exigences suivantes :

1° Dans la génération des petits fils, syphilis d'ordre exclusivement héréditaire.

2° Dans la génération des père et mère, syphilis sur l'un des conjoints, et syphilis d'ordre exclusivement héréditaire, sans soupçon possible d'une réinfection acquise.

3° Dans la génération des grands-parents, syphilis acquise bien démontrée.

4° Enfin, dans la génération intermédiaire, celle des père et mère, absence de syphilis sur le conjoint qui ne fait pas partie de la ligne héréditaire.

On conçoit aisément combien sont rares les observations en mesure de satisfaire les exigences d'un tel programme.

Un cas de M. Lemonnier, de Flers, est cependant très probant à cet égard et montre d'une manière indiscutable que la syphilis acquise du grand-père peut être transmise au petit-fils par son père, atteint lui-même d'hérédo-syphilis.

Un service antiseptique de médecine — M. Grancher.

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie une brochure intitulée : *Un service antiseptique de médecine* où j'ai consigné la statistique des cas de contagion survenus dans mon service à l'hôpital des Enfants, pendant dix années, de 1890 à 1899 inclus.

Cette statistique comparée, d'une part à la statistique des années 1885-86 et 1887, avant la réorganisation de mes salles; d'autre part aux statistiques des salles similaires du même hôpital pendant la même période de dix

Digitized by Google

années, fait ressortir tout ce que peut l'antisepsie médicale contre la contagion.

J'ai abordé le problème par son côté le plus difficile en réalisant l'antisepsie dans une salle commune d'un vieil hôpital, et dans un service consacré à l'enseignement, c'est-à dire ouvert à tous, et cela avec un isolement minimum dans la salle même obtenu à l'aide d'un paravent grillagé dont on entoure le lit du malade contagieux ou suspect. Ce paravent, qui transforme le lit ouvert en un lit fermé ou box, a quatre ou six feuilles mobiles et 1 m. 25 de hauteur. Il a l'avantage de supprimer les contacts entre enfants et de rappeler au personnel médical et hospitalier que certaines précautions sont nécessaires pour pénétrer dans le box et pour en sortir : *a)* revêtir une blouse dite blouse du box et qui y reste à demeure ; *b)* se laver les mains au savon et au sublimé au 1/1000.

La désinfection par l'eau bouillante de tout ce qui vient de servir au repas de l'enfant est assurée de même ; ainsi le passage à l'étuve de sa literie, de son linge et de son lit en fer creux démontable.

Le parquet paraffiné est lavé à la serpillière deux fois par jour et les murs deux fois par semaine avec la même solution de sublimé acide au 1/1000.

Toutes ces pratiques, très simples, sont entrées rapidement dans les habitudes des médecins, élèves et infirmières. Elles découlent toutes de cette idée maîtresse que les germes morbides sont attachés au malade et couvrent son corps, ses mains, son visage, sa peau, ses muqueuses, ses vêtements et son lit, mais ne flottent pas autour de lui dans l'atmosphère et ne la souillent pas.

La contagion par l'air n'existe pas dans nos salles où les enfants ne crachent pas Au contraire, la contagion par les objets, c'est-à-dire par le contact direct ou indirect, existe même pour la maladie la plus virulente, la rougeole.

En conséquence, j'assimilai le malade à une plaie et l'antisepsie médicale à l'antisepsie chirurgicale ou obstétricale, et je m'appliquai :

1° A purifier immédiatement les objets et les mains souillés par les contacts nécessaires à l'examen des malades et aux services hospitaliers ;

2° A diminuer les contacts avec les enfants contagionnants ou supposés tels.

Ainsi l'isolement passait au second plan et l'antisepsie au premier.

L'antisepsie ! Avec elle, l'isolement du malade, même imparfait, donne des résultats excellents ; sans elle, l'isolement, fût-il individuel et cellulaire, n'arrêtera pas la contagion.

On peut même concevoir un service où l'antisepsie serait parfaite et où dans une salle commune vivraient côte à côte toutes les maladies contagieuses, sans transmission d'un malade à un autre.

L'isolement, quel que soit le mode choisi : hôpital spécial, pavillon *ad hoc*, box ou chambre close, box ouvert ou simple paravent, n'est, en somme, qu'une manière de supprimer ou de réduire les contacts dangereux. Si l'antisepsie ne règne pas dans le pavillon d'isolement, les maladies secondaires : broncho-pneumonie, diphtéries, gangrènes, etc., l'envahiront et la mortalité y augmentera. C'est ce que nous avons vu se produire pendant plusieurs années aux « chambres d'isolement de la rougeole ».

L'antisepsie est donc l'instrument indispensable, et qui, au besoin, suffit à tout, car, je le répète à dessein, la contagion est objective et non atmosphérique.

Voici les résultats obtenus salle Parrot et salle Bouchut dans la période décennale qui vient de s'écouler.

Rougeole. — La contagion de cette maladie a diminué des deux tiers. De 36, chiffre moyen des années qui ont précédé la réorganisation de mon service, elle est tombée à 11, chiffre moyen pour les dix années de statistique 1890-1899.

Comparée à la contagion des services similaires voisins du même hôpital, la contagion de mon service se montre très inférieure. Le coefficient des salles Parrot et Bouchut est de 0,01, celui des salles Blache et Chaumont est de 0,02, et celui des salles Gillette et Baffos-Baudelocque est de 0,03.

Je considère comme un succès digne d'attention d'avoir pu ainsi réduire de la moitié et des deux tiers, selon les salles, la contagion de la rougeole si difficile à éviter, puisqu'elle se fait, d'ordinaire, avant le diagnostic.

Diphtérie. Scarlatine. — En dix années, nous avons eu 6 cas de contagion de diphtérie, dont 5 sont dus à des importations du dehors, où la responsabilité du service n'est pas engagée. On peut donc dire que nous avons supprimé la contagion de la diphtérie. Or, avant la pratique de l'antisepsie, nous avions, en moyenne, 24 contagions annuelles et 10 morts par diphtérie.

La comparaison avec les salles similaires nous est également très favorable, car la contagion de la diphtérie y est beaucoup plus fréquente que salles Parrot et Bouchut.

Il en est de même pour la scarlatine.

Coqueluche, Broncho-pneumonie. Oreillons. — Nous avons soigné dans mon service 154 coqueluches avec 4 contagions, salle Bouchut, et 203 avec 3 contagions, salle Parrot ; 240 broncho-pneumonies n'ont donné aucune contagion ; 23 cas d'oreillons nous ont donné une contagion. Tout cela en dix ans !

J'ai la certitude que ces quelques contagions, si rares, qui persistent encore disparaîtront quand j'aurai obtenu la réforme du service de nuit resté jusqu'ici très défectueux, confié à une seule infirmière et sans aucune surveillance sérieuse.

Tels quels les résultats obtenus sont la preuve victorieuse de ce que peut l'*antisepsie médicale*, aussi efficace que l'antisepsie chirurgicale ou obstétricale.

Vous ne serez donc pas surpris, si, en terminant mon travail, j'émets le vœu de voir TOUS LES SERVICES D'HOPITAUX D'ENFANTS DEVENIR DES SERVICES ANTISEPTIQUES. (*14 août*).

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAGDEN, 207, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE CHIRURGICALE

Cancer de la joue

Par le Dr H. MORESTIN, *Chirurgien des Hôpitaux*

La description des cancers de la joue tient peu de place dans les livres usuels, et celle que je lui ai consacrée dans le traité de chirurgie de Le Dentu-Delbet, est, je vous l'avoue, fort brève. C'est une nécessité des ouvrages destinés à l'enseignement théorique de laisser bien des choses au second plan pour pouvoir traiter des plus importantes avec tout le développement qu'elles comportent.

On y est d'autant plus autorisé pour le cancer de la joue, qu'il se rapproche à bien des égards des autres épitheliomes de la bouche, et qu'on peut lui appliquer la plupart des conclusions auxquelles aboutissent pour ces derniers les considérations tirées de l'étiologie, de la pathogénie et de l'histologie pathologique. Cependant ces lésions méritent bien leur place à part. Elles ne sont pas très fréquentes d'une manière absolue, mais dans cet hôpital où fourmillent les cancéreux, nous avons souvent l'occasion d'en observer, et, en ce moment, un malade du service de M. le professeur Fournier, nous en offre un exemple des plus démonstratifs.

Chez ce malheureux, la tumeur présente, en effet, l'aspect clinique, les connexions, le mode d'envahissement que l'on rencontre dans la grande majorité des cas. C'est la forme typique à une période avancée de son évolution.

Vous résumer son histoire me sera particulièrement facile, car il a pour habitude de noter au jour le jour, tous les détails de sa maladie, de relater ses divers séjours dans les hôpitaux, sans oublier ses antécédents héréditaires et personnels, bref, de prendre son observation avec un soin qui pourrait rendre jaloux les plus zélés d'entre vous.

Il ignore seulement la nature et le pronostic de l'affection dont il est atteint.

C'est un Belge, de 58 ans, de haute taille et de constitution robuste. Son père serait mort tuberculeux. Lui même a été soigné pour une pleurésie purulente, à l'hôpital Necker, en 1890. On lui fit l'opération de l'empyème, qui amena la guérison. Le début de sa maladie remonte à 7 ou 8 mois environ. Il s'aperçut que la joue gauche augmentait de volume, et qu'une grosseur se développait à sa face interne.

Au mois de décembre, il est entré à la Charité, dans le service de M. Tillaux. Les lésions étaient sans doute déjà très étendues, car on ne lui proposa aucune intervention.

Sorti de la Charité, il fut pris d'un érysipèle de la face qui l'obligea à chercher un refuge à Aubervilliers. Le point de départ de cette complication était sans aucun doute la commissure buccale déjà envahie et ulcérée. Depuis, une perforation s'est établie au centre de la joue, et la salive se déverse à l'extérieur. C'est dans ces conditions qu'il est entré ici le 26 mars, au n° 34 de la salle St-Louis. Un simple coup d'œil suffit pour juger de la gravité du cas. Une tumeur considérable occupe la joue gauche, et la déforme de la façon la plus hideuse. Elle est, en effet, largement ulcérée à son centre. Cette ulcération est couverte de bourgeons irréguliers, couverts de détritus sphacéliques et de sanie grisâtre. Au centre de ce cratère, on voit sourdre la salive, entre les mamelons néoplasiques.

L'ulcère est à peu près circulaire, mais ses bords sont irréguliers, et en partie cachés par les bourgeons éversés et débordant les limites de la perforation cutanée. Cette surface ulcérée attire tout d'abord le regard et aussi l'odorat, car, il s'en dégage des émanations d'une fétidité effroyable, mais ce n'est qu'un détail. La tumeur, sur laquelle elle repose, occupe la joue presque entière, couvre la face externe et remplit également la région sus-hyoïdienne latérale. Les lèvres sont entr'ouvertes, elles sont écartées l'une de l'autre par une masse framboisée, d'un rouge violacé implanté sur la commissure, et se continuant dans la profondeur. — Les téguments sont manifestement envahis, dans presque toute l'étendue du relief de la tumeur ; ils présentent une teinte sombre, violacée, et sur ce fond se dessinent en grand nombre de petites varicosités étoilées.

Ce sont des indices certains d'une altération déjà très profonde. A la palpation, on reconnaît aisément une plaque d'une dureté ligneuse, adhérente au maxillaire qu'elle entoure, adhérente aussi à la peau qui a perdu toute mobilité. Cette masse, on en peut encore déterminer les limites en bas et en arrière. Elle se termine au voisinage de l'hyoïde et au devant du sterno-mastoïdien par une surface arrondie. En avant et en haut, les contours sont moins nets, le néoplasme en voie de diffusion. Cependant, le tiers supérieur de la joue a conservé en grande partie sa souplesse. — Pour être complètement renseigné, il faut avoir le courage d'introduire le doigt dans le vestibule buccal. Vous remarquerez que le malade se soumet très volontiers à cette exploration, qui n'est nullement douloureuse. Bien plus, il ouvre la bouche sans difficulté, et si l'écartement des mâchoires ne présente pas l'amplitude normale, du moins il est possible dans une certaine étendue. Il n'y a donc ni trismus, ni rigidité complète de la joue. La face interne de celle-ci est presque totalement envahie par la tumeur ulcérée. Cependant en arrière, celle-ci s'arrête au niveau de la dernière molaire;

Digitized by Google

en haut, il persiste une bande muqueuse encore saine en apparence. En bas, il y a fusion avec le maxillaire et la gencive est envahie, jusqu'aux alvéoles des dents, qui sont, d'ailleurs, dans un état déplorable.

La petite portion encore saine de la joue suffit pour permettre aux mâchoires de s'écarter, en raison de la souplesse et de l'élasticité des parties molles.

La muqueuse du plancher buccal est dans un état d'intégrité parfaite.

Le maximum des lésions est à la partie inférieure de la joue. Le malade nous indique bien, d'ailleurs, le cul de sac gingivo-génien inférieur comme le point de départ de la lésion.

Il est très remarquable qu'avec de pareilles lésions cet homme ne souffre en aucune façon. Quelle différence à cet égard avec les néoplasmes du plancher de la bouche ou de la langue. Il peut manger, mâcher même. Son état général commence à s'altérer, depuis surtout qu'il existe une perforation permettant à la salive de se déverser constamment à l'extérieur. Cet écoulement continu est non seulement la source de grands ennuis, mais c'est encore une cause d'épuisement rapide.

Le diagnostic ne fait malheureusement aucun doute; il s'agit d'un épitheliome de la joue propagé au maxillaire, les ganglions sous-maxillaires engorgés adhèrent aussi à la mâchoire et se sont fusionnés avec la tumeur primitive.

C'est là vous disais-je un type relativement commun.

Il est pour ainsi dire la règle dans les cancers géniens qui débutent par la face muqueuse. Car on en peut observer bien d'autres variétés. On rencontre journellement à la face cutanée des cancroïdes superficiels, plus rarement des épithéliomas végétants formant tumeur. Voici quelques moulages empruntés au Musée, qui en figurent de remarquables exemples. Quelques-uns sont développés, notez le en passant, sur des cicatrices de lupus.

D'autres tumeurs malignes peuvent à l'occasion prendre naissance aux dépens des glandes molaires ou de la parotide accessoire. Un cas superbe en a été figuré par le professeur Le Dentu dans ses cliniques.

Je passe sur les cancers propagés à la joue, venus des organes voisins, en gagnant de proche en proche.

Le cancer de la joue proprement dit est celui qui débute par sa muqueuse, par sa face buccale. Il s'agit toujours d'épithélioma pavimenteux lobulé ou tubulé.

Toute cause d'irritation prolongée est une circonstance favorable au développement d'un néoplasme. aussi ce cancer a-t-il pour points de départ d'élection la ligne qui répond à la réunion des couronnes des dents, ou encore le cul-de-sac gingivogénien inférieur. C'est surtout de ce cul de-sac que partent les lésions, et c'est précisément le cas chez notre malade. Cette rigole gingivogénienne est en effet toujours encombrée par des débris alimentaires chez les gens peu soigneux; il y a là en outre une stagnation salivaire, et il s'y fait une pullulation de micro-organismes plus active que dans les parties supérieures de la cavité buccale. C'est une notion qui joue par ailleurs un rôle très important dans la genèse des maladies inflammatoires.

Depuis Bouisson on a l'habitude en interrogeant les malades atteints de cancer de la bouche de leur demander, s'ils sont fumeurs. La plupart répondent que oui, car presque tout le monde fume, et l'on se tient pour satisfait, étant bien en règle avec l'étiologie traditionelle.

Notre homme n'a précisément jamais usé du tabac, il a bien allumé autrefois quelques cigarettes, il s'en accuse spontanément, les interrogations multiples auxquels il a été soumis ont fini par les lui rémémorer. Mais il en parle comme ce pauvre âne de la fable avouait avoir tondu d'un pré la largeur de sa langue.

Les rapports qui unissent les épithéliomas buccaux aux lencoplasies doivent être recherchés avec non moins de sollicitude. Il y a une relation certaine entre l'épithélioma et la lencoplasie, ou les lencoplasies. et il est très fréquent de voir le cancer se développer au voisinage immédiat des plaques laiteuses.

Ici, nous observons la tumeur à un stade très tardif, et les circonstances qui ont entouré son début nous échappent. Les lésions sont tellement étendues que la région a disparu presque entièrement. Des plaques blanches ont pu exister, dont il ne reste plus de vestiges.

Chez d'autres malades qui étaient récemment dans nos salles, cette coïncidence de plaques blanches et d'épithélioma génien était très nette.

Je vous ai fait remarquer chez notre malade que la tumeur adhérait fortement au maxillaire, et se continuait avec la masse ganglionnaire sus-hyoïdienne. C'est ainsi que les choses se passent presque toujours. Voici, en effet, quelle est la marche habituelle des lésions.

Ayant pris naissance au niveau de la rigole inférieure du vestibule buccal, elles se propagent de bonne heure au périoste et à la gencive. En même temps elles gagnent au dehors, infiltrant peu à peu toute l'épaisseur de la joue. Les lymphatiques si nombreux qui cheminent dans cette région sont envahis rapidement et les ganglions s'engorgent. Ceux-ci se fusionnent entre eux, englobent la glande sous-maxil-

Digitized by Google

laire et adhèrent à la mâchoire. La tumeur secondaire s'unit bientôt à la tumeur primitive à la face externe du maxillaire, et il se forme ainsi un bloc cancéreux péri-maxillaire. Mais la tumeur gagne moins vite de bas en haut et d'avant en arrière, si bien que dans nombre de cas vous retrouverez, comme chez notre malade, la partie supérieure de la joue demeuré saine, ainsi que la muqueuse qui revêt, en arrière des dents, l'apphyse coronoïde. Les muscles masséter et ptérygoïdiens sont aussi respectés.

Il en est de même du plancher de la bouche, malgré le voisinage immédiat des ganglions cancéreux. Le malade succombe avant que cet envahissement ne soit accompli.

Cette marche des lésions explique, dans une certaine mesure, les symptômes observés chez notre malade. La joue n'offre pas une rigidité complète, malgré l'étendue considérable de la tumeur. La bande souple qui persiste à sa partie la plus élevée, suffit pour que les mâchoires puissent s'écarter l'une de l'autre. Il n'existe pas de nerf sensitif de quelque importance dans la zone occupée par le néoplasme. Le nerf mentonnier est situé dans le voisinage, mais dans une zone encore relativement saine ; d'autre part, la tumeur ne s'étend pas vers l'isthme du gosier : elle respecte le nerf lingual, et si elle entoure le maxillaire sur les trois quarts de sa circonférence, elle n'a pu atteindre le dentaire inférieur logé à son centre. On conçoit donc que notre malade ne souffre point.

L'absence de douleurs et l'intégrité des muscles sont des raisons suffisantes de l'absence de trismus.

La joue bien que formée par la superposition de plusieurs plans, constitue, en somme, une région très mince. Cette faible épaisseur rend sa perforation facile. La tumeur infiltre rapidement toutes ses couches et la mortification des tissus néoplasiques amène forcément cette perte de substance.

A vrai dire, des complications inflammatoires viennent souvent hâter sa production. Les unes sont de légères infections, qui passent inaperçues, si l'attention n'est pas attirée de ce côté. D'autres sont plus sérieuses et se manifestent par des symptômes bruyants qui couvrent ceux du néoplasme.

Tous les cancers peuvent au cours de leur évolution se compliquer d'inflammations aiguës ; la surface ulcérée de la tumeur est la porte d'entrée d'une infection par microbes vulgaires.

Pour les cancers de la joue, ces faits sont relativement fréquents. Nous en avons vu l'an dernier un exemple bien instructif. Le malade avait eu tous les signes d'une violente périostite du maxillaire, cliniquement semblable à celles que l'on voit survenir d'une manière banale à la suite des caries dentaires. La cause véritable des accidents demeura ignorée du médecin qui ouvrit l'abcès. La résection du maxillaire m'ayant donné tout loisir d'examiner les lésions, je trouvai un abcès entre le périoste et l'os au voisinage de la tumeur. Il s'était fait une ostéo-périostite franche à côté du cancer, et à cause de celui-ci, car sa surface ulcérée avait servi de porte d'entrée à l'infection. Notre malade a eu lui une autre complication d'ordre infectieux, cet érysipèle, qui lui a procuré un séjour à l'hôpital d'Aubervilliers,

Ces divers accidents inflammatoires ont, vous le pensez bien, un retentissement fâcheux sur la tumeur, dont ils accélèrent la marche.

A propos d'infection dans les cancers de la joue, nous devons nous préoccuper de l'état des voies salivaires. Le canal de Sténon traverse des tissus déjà infiltrés par le cancer; son embouchure est perdue entre les bourgeons qui couvrent la surface ulcérée. Ce sont des conditions excellentes pour qu'il se produise des infections ascendantes, des sténonites et des parotidites Cependant ces faits doivent être très rares, car les auteurs n'en font pas mention.

Les différents malades que nous avons pu observer ici ne présentaient rien de semblable. Celui-ci ne fait pas exception. Autant que l'on peut se fier à un examen extérieur, il n'offre rien d'anormal du côté de la parotide qui n'est ni tuméfiée, ni douloureuse, ni indurée.

Le pronostic du cancer de la joue est d'une effroyable gravité, c'est de tous les cancers buccaux celui qui offre la marche la plus accélérée et qui devient le plus rapidement inopérable. L'évolution a été véritablement aiguë chez un homme que nous avait adressé il y a quelque temps M. Fournier. Je lui ai fait une très large opération, mais quelques jours après, de tous les points de la plaie on voyait partir de nouveaux bourgeons cancéreux qui finirent par former une masse plus volumineuse que celle qui avait été enlevée. Quelques semaines après ce pauvre homme était mort. La durée totale de la maladie n'avait pas excédé trois ou quatre mois.

Il en a été de même chez un comptable qui était récemment dans nos salles ; la tumeur grossissait à vue d'œil, pour ainsi dire, et l'affection a entraîné la mort moins de quatre mois après le début constaté.

Généralement la terminaison fatale se fait attendre un peu plus longtemps, mais il est rare qu'un malade atteint de cette affection ait un crédit de plus d'une année. Notre homme porte sa tumeur depuis six mois à peu près et déjà il décline. L'état général s'altère et la déchéance de l'organisme ne tardera pas à s'accentuer. La perforation de la joue est toujours un fâcheux indice et un mauvais symptôme. Il est par lui-même une cause d'affaiblissement, en raison de la perte continuelle de la salive. Cette spoliation est toujours fort mal supportée par les individus qui se

Digitized by Google

trouvent dans ces conditions. Ainsi notre malade commence déjà à pâlir. Les cancéreux de la bouche pâlissent et ne jaunissent point dans la période de cachexie, qui, pour eux, est d'ailleurs relativement courte.

Contre une affection aussi grave, au moins disposons-nous de moyens efficaces? Malgré sa situation superficielle et son accès relativement facile, le cancer de la joue est un de ceux dans lesquels l'intervention chirurgicale donne les plus pauvres résultats. L'adhérence précoce au maxillaire, l'envahissement des lymphatiques et la tendance du néoplasme à occuper toute son épaisseur créent de gros embarras de technique, il faut toucher à la charpente de la cavité buccale en réséquant une partie plus ou moins étendue du maxillaire, faire une opération considérable, pour qu'elle ait chance d'être à peu près complète. Il faut encore réparer cette brèche et cette restauration est elle-même fort délicate.

Pour mener à bien de telles interventions, il est nécessaire de ne point morceler la tumeur, mais d'enlever en bloc tout ce qui est malade ou suspect, en passant dans les tissus franchement sains d'apparence. D'autre part, il est nécessaire que l'opération s'exécute sans perte de sang. Autrement elle est grave.

Enfin, autant que possible, il faut reconstituer la cavité buccale, en lui fournissant une paroi muqueuse d'un côté, cutanée de l'autre.

Voici par exemple un manuel opératoire qui me paraît recommandable, après l'avoir utilisé plusieurs fois déjà.

Pour enlever d'un bloc la tumeur, les ganglions, le segment de mâchoire auquel ils adhèrent, tracer tout d'abord deux larges incisions superficielles, entre lesquels est comprise la partie suspecte des téguments. Elles sont donc rapprochées ou distantes suivant l'étendue à sacrifier, et si par bonheur on intervenait à une période où la peau est respectée, il suffirait d'en tracer une seule. Ces deux incisions commencent à la commissure labiale, si celle-ci n'est pas envahie par la tumeur, dans le cas contraire, sur la lèvre supérieure et sur l'inférieure à bonne distance des lésions. Elles divergent étant tracées l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la tumeur, pour aller se réunir et se terminer au devant du sterno-mastoïdien, à la hauteur de la grande corne de l'os hyoïde.

Il vaut mieux ne pas ouvrir la bouche à ce moment, mais commencer par la partie sus-hyoïdienne de l'intervention. Libérer les téguments, aborder la masse ganglionnaire par en bas et en arrière, voir, pincer et sectionner la veine faciale, puis plus profondément l'artère n'offrent aucune difficulté. Il faut décoller alors la tumeur du plan profond formé par l'hyo-glosse, la séparer du grand hypoglosse et arriver jusqu'à la muqueuse buccale, en la laissant adhérer à la mâchoire. Çà et là on a saisi quelques petits vaisseaux et en particulier la sous-mentale que l'on pince préventivement avant de la couper. Le digastrique et le mylo-hyodien sont à nu dans la plaie. On a fait ainsi très aisément au début un temps capital que l'on aurait eu beaucoup de peine à exécuter méthodiquement si on l'avait gardé pour la fin.

On revient alors à la joue, et après avoir disséqué et relevé un peu les téguments sur le bord supérieur de la plaie d'en haut, on sectionne toutes les parties molles au-dessus de tumeur. Une compresse glissée dans le vestibule buccal empêche le sang de couler dans la bouche et le pharynx. La lèvre inférieure est également sectionnée dans toute son épaisseur. A partir du moment où l'on a attaqué les parois de la bouche l'opération doit marcher avec une rapidité extrême.

Le maxillaire inférieur est scié, avec la scie à main au devant de la tumeur, et cette section doit être reportée habituellement jusqu'à l'incisive latérale puis écarté en dehors, et le plancher buccal est coupé au ras de l'os, d'un coup de bistouri, jusqu'à sa partie postérieure.

Le masseter tranché d'un autre coup de bistouri, le maxillaire inférieur est scié en arrière un peu en dessus de la partie moyenne de sa branche montante. Il vaut mieux ne pas scier complètement, on doit s'arrêter quand il ne reste plus qu'une mince lamelle. Un tour de main suffit à la briser, et l'on peut voir et pincer la dentaire inférieure. On enlève alors tumeur et mâchoire.

Je pense qu'il vaut mieux sectionner en arrière le maxillaire, plutôt que de l'arracher. Cet arrachement est un peu brutal, il étire les nerfs, déchire les muscles, ouvre les plexus veineux ptérygoïdiens, qui donnent une hémorrhagie en nappe parfois très ennuyeuse, et la plaie qui en résulte est contuse et toute disposée aux infections.

Il faut maintenant réparer. La muqueuse du plancher buccal est encore bonne. Il faut l'utiliser. J'ai l'habitude de la décoller au loin, jusque sous la langue, en m'aidant au besoin du bistouri, et de la remonter jusqu'à la tranche de section de la joue, de la suturer à la lèvre muqueuse. Ce n'est pas toujours possible dans toute l'étendue de la section, mais le peu qu'on obtient est toujours quelque chose. On arrive parfois à clore ainsi presque complètement la cavité buccale. Par dessus ce plan muqueux, il est nécessaire d'appliquer un plan tégumentaire.

Parfois, il suffit de décoller la peau de la face pour pour que se laissant abaisser, elle vienne couvrir la plaie. Ce décollement peut être poussé extrêmement loin, sans danger pour la vitalité des téguments. De même, du côté du cou. C'est une sorte d'autoplastie par glissement.

Digitized by Google

Dans d'autres cas, il faut recourir à des lambeaux pris sur le cou ou la face, ou sur l'un et l'autre.

Quand la perte de substance est trop grande, on est obligé parfois de surseoir à l'autoplastie. Celle-ci sera pratiquée un peu plus tard comme temps complémentaire. On se résigne alors à la conduite que tenait Verneuil de propos délibéré.

L'autoplastie secondaire présente un avantage incontestable : c'est que la nature a commencé elle-même le travail de réparation, diminuant d'autant la tâche à remplir par le chirurgien.

Cependant, il est préférable de tout faire en une fois, quand cela n'est pas rigoureusement impossible.

Il ne faut pas oublier que pour ces malheureux, la récidive est pour ainsi dire la règle. Leurs jours sont comptés, ils sont virtuellement morts. Si l'on doit les opérer deux, trois, quatre fois, pour leur donner pendant quelques semaines l'illusion d'être guéris, c'est de l'humanité mal comprise. Il vaut mieux ne pas les tourmenter et les laisser en paix avec leur cancer, plutôt que d'intervenir dans les cas où l'on ne pourrait combler la brèche sans y revenir à plusieurs reprises. Réserve faite pour le cas où l'autoplastie étant matériellement possible, sans complication trop grande, il vaut mieux l'ajourner en raison de l'état du malade, quand on constate au cours de l'opération qu'il est sage de la terminer vite.

Si nous appliquons ces considérations à notre malade, quel parti allons-nous maintenant prendre au sujet de ce pauvre homme?

Avec une confiance qui me touche beaucoup, il s'en est remis à moi, sans réserve.

Il désire et demande une opération.

Mais celle-ci, peut-elle être tentée utilement? Non, les lésions sont déjà très diffuses, la peau est envahie bien au delà des limites de la tumeur, et sur les deux lèvres, on peut deviner la formation de nouveaux noyaux cancéreux.

Ce serait donc la récidive certaine dans un très court délai.

De plus, l'état général commence à décliner et cette altération se traduit par une pâleur de mauvais augure, qui sera dans quelques jours la teinte blanche des cachectiques buccaux. Il court donc de grands dangers immédiats, si l'on consent à l'opérer.

Enfin à supposer que l'on fît l'ablation de la tumeur avec la résection du maxillaire, la réparation immédiate ne serait point possible, et cet homme succomberait avant qu'on eût pu obtenir par des interventions successives l'occlusion de l'énorme brèche qu'il faudrait créer.

Il est donc très sage de s'abstenir d'une opération dont nous ne pouvons attendre qu'un résultat nul, en mettant les choses au mieux.

Ces interventions, même dans les cas en apparence favorables, ne donnent que peu de satisfaction. On y renoncerait même, si nous n'étions soutenus par l'espoir d'obtenir de temps à autre quelque succès durable. En général, ce qu'on obtient ne vaut point la peine que l'on a prise.

Et vous serez pleinement de cet avis, si je vous expose en terminant les résultats obtenus ici depuis deux ans. Nous avons eu à traiter onze malades atteints de cancer de la joue. Le cas actuel est le douzième. Sur ce nombre deux cas relativement simples occupant la partie moyenne de la joue, ont été opérés selon le procédé de Piéchaud, incision antéro-postérieure, excision de la muqueuse malade, réunion des parties superficielles. Ils ont guéri, et nous avons perdu leur trace. Ils ont dû aller mourir ailleurs.

Les autres répondaient au type dont j'ai essayé de vous ébaucher la description. J'en ai opéré cinq, les autres étaient par trop complètement inopérables.

L'un est mort le jour même, foudroyé par l'acte opératoire. Il était déjà cachectique et j'avais eu tort de céder à ses instances. Les quatre autres ont guéri de l'intervention, mais ils ont récidivé promptement et tous sont morts actuellement.

Mais c'était une série de très mauvais cas. C'est cette considération qui m'empêche de me décourager. Les malades opérés de bonne heure, avec des tumeurs encore circonscrites, fourniront sans doute quelques succès. Si faible que soit l'espoir de guérir ou de prolonger sérieusement la vie de quelqu'un de ces malheureux, cet espoir n'est pas chimérique, et c'est ce qui autorise toute la chirurgie du cancer.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le cacodylate de fer

Par MM. A. Gilbert et P. Lereboullet

I. Etude pharmacologique (1). — 1° *Formule chimique.* — Il existe deux cacodylates de fer : *a)* le cacodylate de fer acide, qui répond à la formule :

$$\left(\begin{matrix}CH^3\\CH^3\end{matrix}\right\rangle As\left\langle\begin{matrix}O\\O\end{matrix}\right)^6 Fe^2 ;$$

b) le cacodylate de fer basique, qui répond à la formule :

$$\left(\begin{matrix}CH^3\\CH^3\end{matrix}\right\rangle As\left\langle\begin{matrix}O\\O\end{matrix}\right)Fe^2 + 3\,Fe^2O^3.$$

2° *Préparation.* — On peut obtenir ce corps de deux façons : *a)* en saturant l'acide cacodylique par le sous-carbonate de fer ;

b) En traitant par double décomposition le cacodylate de baryte (qui est soluble) par le sulfate de fer C'est généralement ce procédé qui donne le meilleur produit.

1. Ces renseignements nous ont été obligeamment fournis par M. Fraisse, pharmacien à Paris, qui a bien voulu aussi nous livrer les solutions nécessaires à nos recherches.

Digitized by Google

3° *Propriétés physiques.* — Le cacodylate ferrique, seul employé par nous, est une poudre amorphe, très soluble dans l'eau, dont la couleur varie avec la teneur en fer : il est gris ou brun foncé suivant la quantité de métal combiné ; il rougit faiblement le tournesol.

4° *Composition centésimale.* — Le cacodylate ferreux contient environ 17 p. 100 d'oxyde de fer et 48 p. 100 d'arsenic environ.

Le cacodylate ferrique, dont nous nous sommes servis, contient environ 45 p. 100 d'oxyde de fer et 32 p. 100 d'arsenic.

II. Toxicité. — Nous avons recherché sa toxicité sur le cobaye par injections hypodermiques. Elle nous a paru peu élevée, mais réelle. Les injections de 2 et 3 centimètres cubes d'une solution titrée à 5 centigrammes par centimètre cube ne provoquaient aucun accident ni local ni général. Avec 4 et 5 centimètres cubes, la mort survenait parfois plus ou moins lentement. Avec 6 centimètres cubes, elle survenait sûrement. La toxicité semble donc varier entre 30 et 40 centigrammes par kilo d'animal. Si l'on rapproche ces résultats de ce que l'on sait de la faible toxicité du cacodylate de soude et des sels de fer en général, on voit que le cacodylate de fer, sel peu toxique, paraît néanmoins avoir une toxicité supérieure à celle de ses composants.

III. Mode d'emploi et doses. — Nous avons employé soit la voie hypodermique, soit la voie digestive.

1° *Injections hypodermiques.* — Les solutions dont nous nous sommes servis, après avoir vérifié leur innocuité chez l'animal, étaient, après stérilisation, renfermées dans des ampoules scellées. Il nous a fallu déterminer le taux auquel elles pouvaient être injectées sans déterminer d'accidents. Nous avons dans ce but expérimenté des solutions titrées à 3 centigrammes par centimètre cube, à 5 centigrammes, à 10 centigrammes.

Nous avons dû rapidement abandonner la solution à 10 centigrammes, non qu'elle fût immédiatement douloureuse, mais parce qu'elle amenait à sa suite des nodules d'induration considérables, longtemps persistants, et accompagnés de douleurs assez vives. La solution à 5 centigrammes par centimètre cube ne nous a donné que des nodules d'induration beaucoup moindres, et moins fréquents ; chez l'homme, elle était en général bien supportée ; pourtant, chez la femme, elle a dû être souvent abandonnée en raison des plaintes de la malade. En revanche la solution à 3 centigrammes par centimètre cube a à peu près toujours été bien supportée et ne paraît qu'exceptionnellement avoir déterminé la production de petits nodules. C'est donc à elle que nous croyons devoir nous arrêter comme étant celle qui est le plus facilement tolérée. Mais comme la dose de 3 centigrammes serait un peu faible, il convient de faire une injection de 2 à 3 centimètres cubes à la fois, ce qui n'amène pas de réaction locale plus marquée et permet d'injecter quotidiennement une dose suffisante.

Les accidents locaux nous ont paru à peu près nuls, à part les nodules d'induration signalés qui rétrocèdent vite (sauf pour les injections fortes), et sont d'ailleurs inconstants, à part les douleurs très variables suivant les sujets et souvent à apparition tardive. Jamais il n'y a eu de suppuration, ni même de rougeur notable de la peau.

Les accidents généraux nous ont paru faire également défaut. Une seule fois, chez une chloro-anémique tuberculeuse, apyrétique depuis quelques jours, nous avons vu le soir de l'injection une forte poussée fébrile, mais analogue à celles qu'elle avait eues auparavant, et peut être n'y a-t-il là qu'une simple coïncidence.

Quant aux complications possibles du côté des reins, signalées lors de l'emploi des préparations ferrugineuses en injections hypodermiques, nous les avons en vain cherchées presque chaque jour chez les malades soumises au traitement. Jamais nous n'avons vu l'albuminurie apparaître. Bien mieux, chez quelques malades albuminuriques au moment du début du traitement, nous avons vu l'albuminurie rétrocéder ou disparaître.

Le cacodylate de fer nous semble donc, à la dose de 3 centigrammes par centimètre cube, un sel facilement injectable, bien toléré localement, réserve faite des nodules d'induration possibles, et ne provoquant aucun accident général.

2° *Voie digestive.* — Chez certains malades, surtout en ville, les injections hypodermiques peuvent être difficilement pratiquées. Aussi avons-nous cherché si l'on pouvait administrer sans inconvénient le cacodylate de fer par la voie digestive.

Dans ce but nous avons administré à la fin des deux principaux repas, dans la boisson, quelques gouttes de cacodylate de fer en solution aqueuse à diverses malades. Or, pris ainsi, le plus souvent ce médicament, qui n'a ni odeur ni saveur désagréable, n'a provoqué aucun accident notable.

Dans quelques cas la malade a accusé des douleurs stomacales, mais en général elles n'étaient pas beaucoup plus vives que celles dont la malade souffrait à l'état normal. Quant à l'odeur d'ail si fréquemment accusée lors d'ingestion de cacodylate de soude (ou même d'injection hypodermique) nos malades ne s'en sont jamais plaintes spontanément, et c'est à peine si parfois leur entourage aurait constaté une très légère odeur alliacée.

En tout cas, la voie digestive peut être employée ; pas plus ici qu'avec les injections hypodermiques nous n'avons noté d'accidents du côté des reins, ni d'accidents généraux. Les doses employées ont été variables, mais ont atteint sans inconvénients 15, 20 et 25 centigrammes par jour. Toutefois la voie digestive nous paraît moins active que la voie hypodermique, et dans tous les cas où celle-ci pourra être mise en œuvre, c'est à elle qu'il faudra donner la préférence.

En résumé, chez un malade que l'on veut soumettre à

Digitized by Google

cette médication, il faut autant que possible commencer par faire des injections hypodermiques à la dose de 3 centigrammes par centimètre cube et par jour, dose qu'on portera progressivement à 6 et 10 centigrammes par jour, ou plus si c'est nécessaire. Si la voie hypodermique est impossible, on emploiera la voie digestive, en ordonnant des gouttes de cacodylate de fer à doses croissantes, prises de préférence à la fin des repas et non en dehors de ceux-ci.

La durée du traitement sera variable suivant les cas; dans la plupart de nos faits nous l'avons poursuivi environ un mois.

IV. Résultats et indications. — Nos recherches n'ont porté encore que sur un petit nombre de cas; elles nous ont permis pourtant de reconnaître que ce médicament avait bien, comme nous l'avons *a priori* supposé, une activité réelle, et que nombreuses pouvaient être ses indications.

Dans la chlorose, le traitement par le cacodylate de fer doit amener une amélioration réelle et relativement rapide. Dans un de nos cas, où il s'agissait d'une chlorose ancienne, datant de plus de 4 ans et ayant résisté à tous les traitements, nous avons obtenu un résultat très appréciable. Il n'y avait pas diminution marquée du nombre des globules rouges, mais diminution considérable du taux de l'hémoglobine. La richesse globulaire était à l'entrée de la *malade* à l'hôpital de 1725000. Or le traitement par le cacodylate de fer a amené une augmentation assez rapide du taux de l'hémoglobine, puisque, 20 jours après, la richesse globulaire montait à 2936000, la valeur globulaire passant de 0,35 à 0,60 Sans doute, il faut faire la part du repos et du régime alimentaire suivi par la malade, mais l'ancienneté de la maladie, ses récidives fréquentes en dépit de tout traitement, l'abaissement très considérable du taux de l'hémoglobine permettent d'affirmer le rôle du cacodylate de fer dans la rénovation de l'hémoglobine dans ce cas.

A côté de la chlorose, et plus peut-être encore que celle-ci, qui cède le plus souvent au fer sous les formes médicamenteuses ordinaires, les chloro-anémies de divers ordres nous paraissent justiciables de cette médication, puisque, dans la plupart des faits, il faut à la fois lutter contre l'affaiblissement de l'état général (d'où l'indication de la médication cacodylique) et permettre au sang (par la médication ferrugineuse) de refaire l'hémoglobine qui lui manque. Au premier rang de ces chloro-anémies se place la chloro-anémie tuberculeuse. Celle ci, favorablement influencée par la méthode ne l'est pourtant pas notablement si les lésions tuberculeuses sont avancées; nous n'avons pas obtenu de résultat nettement appréciable dans plusieurs cas, où des lésions diffuses et avancées du poumon coïncidaient avec une anémie marquée. Du moins n'avons nous jamais noté dans ces cas de poussées congestives ou hémoptoïques sous l'influence de la médication. En revanche, chez une chloro-anémique avec lésions tuberculeuses encore peu avancées, nous avons vu l'état général s'améliorer, le poids augmenter, les couleurs revenir à la suite du traitement par le cacodylate de fer en même temps que le nombre des globules et surtout le taux de l'hémoglobine augmentaient; mais ces modifications hématologiques étaient proportionnellement beaucoup moins marquées que les modifications objectives de l'état général. En tout cas, il semble que souvent l'on puisse substituer avec avantage dans la thérapeutique de l'anémie tuberculeuse le cacodylate de fer au cacodylate de soude. La présence d'une albuminurie chronique ne paraît pas une contre-indication et, comme nous le notions plus haut, nous avons constaté à diverses reprises sa disparition au cours du traitement.

Systématiquement, nous avons alors administré, soit par voie hypodermique, soit par voie digestive, le cacodylate de fer à plusieurs tuberculeux de notre service atteints d'albuminurie, et nous avons vu dans 5 cas au moins l'albuminurie disparaître, ou tout au moins rétrocéder.

L'emploi du cacodylate de fer trouvera donc également son indication dans les faits de chlorose et de chloro-anémie avec albuminurie.

Bien que ne l'ayant que peu essayé dans les cas d'anémie symptomatique du cancer de l'estomac ou des autres cancers viscéraux, nous croyons que le cacodylate de fer peut être amené à provoquer une amélioration réelle, pour peu que l'état de cachexie ne soit pas trop avancé.

Il convient de n'utiliser le cacodylate de fer qu'avec prudence dans les chloro-anémies dyspeptiques, et d'employer de préférence la voie hypodermique, par crainte de l'intolérance stomacale possible; mais il ne faut pas en exagérer les inconvénients, et le plus souvent les troubles dyspeptiques ne paraissent pas aggravés du fait de l'emploi du cacodylate de fer, même par voie digestive.

L'anémie pernicieuse progressive peut être justiciable de son emploi. Mais ce sont surtout les divers types cliniques de lymphadénie qui, selon nous, sont appelés à bénéficier de cette médication.

Bien que nous n'ayons pas eu l'occasion de l'employer dans des cas de cette nature, les bons résultats que l'on retire de la médication arsenicale, et notamment ceux qu'on obtient à l'aide de la médication cacodylique, nous paraissent devoir être plus favorables encore si l'on joint à l'action de l'arsenic celle du fer, en employant le cacodylate de fer dans les divers types de lymphadénie et de leucémie.

Nous pourrions multiplier ces indications, mais nous préférons nous en tenir aux faits que nous avons personnellement observés, et nous contenter de mentionner les principales affections où nous croyons légitime d'employer ce nouvel agent thérapeutique.

En résumé le cacodylate de fer, sel soluble, facilement injectable à doses faibles, susceptible d'être administré par voie digestive, peu toxique, nous paraît devoir être

Digitized by Google

employé avec avantage dans tous les cas où il ne s'agira pas seulement d'augmenter le nombre des globules, mais encore d'obtenir la rénovation de l'hémoglobine. C'est dire que son emploi sera surtout indiqué dans la chlorose, les chloro-anémies et spécialement la chloro-anémie tuberculeuse, la lymphadénie, etc. Une place à part doit être faite à son emploi dans les chloro-anémies accompagnées de néphrite. Les recherches que nous avons poursuivies nous permettent de conclure à l'innocuité vis-à-vis du rein, mais malgré la disparition et la rétrocession de l'albuminurie, dans 5 cas, nous ne pouvons encore affirmer s'il y a simple coïncidence ou action curative réelle de la méthode (1).

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Nouveaux remèdes

Un médicament aromatique excitateur des échanges organiques. — Sous ce titre MM. Albert Robin et G. Bardet ont publié (nouv. rem.) une étude fort intéressante sur le pyramidon.

Le pyramidon a pris place en thérapeutique il y a quelques années déjà. Au point de vue chimique, c'est un dérivé methylé et amidé de l'antipyrine ; l'antipyrine étant le phényl-diméthyl-pyrazolon, le pyramidon est le diméthyl-amido-phényl-diméthyl-pyrazolon.

L'antipyrine possède une action analgésiante comme les dérivés aromatiques en général ; comme eux elle possède aussi des propriétés antipyrétiques remarquables, mais celles-ci s'accompagnent toujours de phénomènes secondaires, fâcheux, assez accentués pour que plus d'un praticien ait renoncé à son emploi dans les maladies infectieuses, toutes les fois que l'on peut craindre une action profonde sur les échanges organiques. En effet, l'examen urologique démontre, entre autres faits, que toutes les fois où l'on administre de l'antipyrine à un malade, le rapport de l'urée à l'azote total va en s'abaissant, ce qui montre que le médicament a pour effet d'entraver les échanges, amenant l'augmentation des corps azotés incomplètement oxydés.

En 1889, Dujardin-Beaumetz et G. Bardet ont essayé d'établir une loi directrice dans l'appréciation des effets des dérivés aromatiques, et ils ont montré que les dérivés amidés semblaient présenter des propriétés antipyrétiques notoires tandis que les dérivés méthylés, le plus souvent, possédaient des propriétés analgésiques très accentuées. Les différents auteurs qui ont étudié jusqu'à ce jour comparativement l'antipyrine et le pyramidon ont reconnu, qu'à faible dose le pyramidon exerçait une action analgésique plus forte que celle de l'antipyrine et que son emploi comme antipyrétique n'était pas suivi des mêmes inconvénients.

Les observations de MM. Robin et Bardet tendent à la même constatation : le pyramidon possède des propriétés analgésiques et antipyrétiques exaltées par le fait de sa méthylation et de son amidation, mais d'après eux, si à faible dose il exerce une action plus forte, dans les deux sens, il se trouve agir dans un sens très différent sur les échanges. En effet, alors que l'antipyrine diminue le rapport de l'urée à l'azote total, le pyramidon l'augmente. Il possède la propriété très particulière d'exciter les échanges organiques et à ce point de vue il présente une supériorité très grande sur l'antipyrine dans le traitement des maladies fébriles. Par contre, dans le diabète simple dû à l'exaltation des échanges nutritifs, alors que l'antipyrine joue un rôle thérapeutique prédominant puisqu'elle entrave ces échanges, le pyramidon ne peut jouer qu'un rôle néfaste puisqu'il augmenterait la quantité de sucre.

Dans le traitement du rhumatisme le pyramidon exerce son action analgésique aussi bien que dans les névralgies, cette propriété le rend également supérieur à l'antipyrine en cette occasion.

En résumé, le pyramidon est un médicament susceptible de rendre de réels services en thérapeutique, on l'emploie à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 80 par 24 heures.

(1) *Congrès de méd.* et *Gaz. hebd.*

Mixture contre la dermatite herpétiforme (Eliot) :

Sulfoichtyolate d'ammoniaque.	30 grammes
Huile d'amandes douces.....	30 —
Eau de chaux	30 —

Pour onctions.

Traitement local de la tuberculose laryngée. — Pulvérisations avec :

Chlorhydrate de cocaïne ...	0 gr. 25 à 0 gr. 60
Hydrate de chloral	2 à 3 grammes
Bromure de potassium	2 à 4 —
Glycérine pure.....	50 grammes
Eau distillée.....	300 —

A employer trois ou quatre fois par jour, pendant trois à cinq minutes.

Suivant les cas, on supprimera la cocaïne et on la remplacera par de l'acide phénique cristallisé ou de la créosote de hêtre.

A la troisième période on emploie surtout des pulvérisations calmantes morphinées, telles que la suivante :

Chlorhydrate de morphine..	0 gr. 23 à 0 gr. 60
— de cocaïne....	0 — 30 à 1 gramme
Acide phénique	1 à 2 grammes
Glycérine pure	30 grammes
Eau de laurier-cerise.	20 —
Eau.....	300 à 500 grammes

A employer pendant deux ou trois minutes ; ne pas avaler.

On peut remplacer, suivant les cas, l'acide phénique par 3 ou 4 grammes de bromure de potassium ou d'hydrate de chloral.

Pour faciliter la déglutition, on peut encore faire, cinq minutes avant le repas, des attouchements avec un pinceau imbibé d'une solution morphinée ou cocaïnisée :

Chlorhydrate de morphine..	0 gr. 25 à 0 gr. 50
— de cocaïne....	0 — 50 à 1 ou 2 gr.
Glycérine pure.....	100 grammes

Il suffit ensuite de faire rincer la bouche du malade pour qu'il puisse avaler des aliments demi-solides. *(Nouv. rem.)*

Contre les sueurs des phtisiques. — Hirschfeld fait frotter le corps avec le mélange suivant :

Baume du Pérou.....	1 gramme
Acide formique..... }	ãã 5 —
Hydrate de chloral..... }	
Alcool absolu.....	100 —

On augmente la puissance du remède, si l'on ajoute 1 gramme d'acide trichloracétique.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

L'asaret ou cabaret

Cette aristolochiée est une petite plante toujours verte qui tapisse les rochers et les ruines des lieux humides et ombragés des bois ; son odeur est forte ; sa saveur est poivrée.

La racine qui ne figure plus dans les collections de matière médicale qu'à titre de curiosité et que citent quelques formulaires avec la mention : inusitée, constituait, encore au XVIIIe siècle, le vomitif national. L'intrusion dans la matière médicale d'une racine exotique, l'ipéca, en rendit l'usage moins fréquent ; et, dès la fin du XVIIIe siècle, Venil se plaignait de ce que les théories des docteurs anodins avaient banni de la pratique de la médecine cette précieuse plante. Vers la même époque, Burtin recueillait un grand nombre d'observations qui prouvent que l'asaret ne le céde en rien à l'ipéca. Les expériences de Coste et de Wilmet sur ce vomitif indigène n'étaient pas moins concluantes et Cullen lui-même, le sceptique Cullen ne dédaignait pas d'écrire :

« C'est un émétique modéré et facile à diriger ; il « peut en conséquence remplir, à ce que je crois, « plusieurs des indications où convient l'ipéca. »

Abandonné définitivement au commencement de ce siècle par la thérapeutique officielle, l'asaret fut recueilli quelque temps par la médecine populaire ; actuellement, cette racine est tombée dans un oubli profond.

Toutes les recherches, toutes les observations cliniques des auteurs dont j'ai cité le nom montrent que la racine d'asaret a rendu autant de services que l'ipéca et il est probable qu'il en serait de même encore aujourd'hui si l'on avait tenu compte dans son emploi des circonstances qui peuvent influer sur l'intensité de son action pharmaco-dynamique.

L'exposé fait simultanément de quelques-uns des effets médicamenteux des deux drogues nous permettra d'en mieux saisir l'étroite analogie.

Ipéca	*Asaret*
La poudre d'ipéca mise en contact avec la peau dénudée produit une irritation locale plus ou moins violente.	Mise en contact avec la peau privée de son épiderme, ou avec une membrane muqueuse la poudre d'asaret produit une irritation locale plus ou moins vive.
Inhalée, la poudre provoque de l'irritation des voies respiratoires, éternuement, larmoiement, de la dyspnée, de l'anxiété précordiale, de la suffocation, un accès d'asthme qui se termine par une abondante expectoration.	Inhalée, la poudre constitue un sternutatoire énergique.
Ingérée et portée dans l'estomac, la poudre d'ipéca :	Administrée par la voie buccale, la poudre d'asaret :
A la dose de 0.01 à 0.05 ne donne lieu qu'a un peu de malaise, provoque des nausées, rarement des vomissements;	A la dose de 0,05 à 0,15 c. excite les fonctions de l'estomac mais ne provoque qu'exceptionnellement des nausées ;
A la dose de 0,10 à 0,50 c. amène de la salivation, des nausées, des vomissements ;	A la dose de 0,60 à 0,80 c. amène de la salivation, des nausées, des vomissements.
A la dose de 1 gr. à 1 gr. 50 en dehors des phénomènes antérieurs, amène de la pâleur de la face, du refroidissement de la peau, des sueurs, de la résolution musculaire, avec de la lassitude plus ou moins marquée.	A la dose de 1 gr. 50 à 2 gr. accentue les phénomènes mais sans lassitude, ni résolution musculaire ;
Il survient à la suite de son emploi de la purgation, caractérisée par une diarrhée sans coliques qui dure à peine quelques heures.	Son emploi est toujours suivi d'évacuations intestinales.

L'analogie de ces effets avait conduit Lasaigne et Feneulle à rechercher l'emétine dans l'asaret ; les résultats furent négatifs.

Les deux auteurs découvrirent, par contre, une substance jaune à laquelle ils attribuèrent les propriétés nauséeuses de la plante, et qu'ils regardèrent, sans raisons bien valables d'ailleurs, comme analogue à la cytisine (1). En réalité, le composé auquel la racine est redevable de son action éméto-cathartique, reste à caractériser : il semble avoir quelque rapport avec les glucosides mal définis, rangés sous la dénomination commune de saponines ; il disparaît assez rapidement de la racine, car, celle-ci perd avec le temps ses propriétés vomitives.

L'asarum contient, en outre, une essence constituée par un mélange de pinène, d'asarone et d'éther méthylique de l'eugénol.

L'asarone est un tonique, un stimulant du système

(1) Il y a quelque quarante ans, on admettait que toutes les drogues indigènes douées de propriétés éméto-cathartiques renfermaient de la cytisine (asaret, arnica, etc...)

Digitized by Google

nerveux qui communique à la racine des propriétés excitantes qui peuvent trouver leur application là où il importe de joindre à la secousse vomitive la stimulation de l'estomac et de tout l'organisme; c'est de plus un antiseptique intestinal.

De ces données générales, on peut déduire les usages thérapeutiques de la plante : on peut y avoir recours dans les bronchites, la pneumonie, la coqueluche et surtout dans les diverses maladies gastro-intestinales (y compris la diarrhée).

On administre la racine : 1° en poudre

à la dose de 0,05 à 0,20 c. comme altérant
— 0,60 c. à 2 g. comme vomitif.

2° sous forme d'extrait alcoolique à la dose de 0,60 c. à 1 gr. comme vomitif.

Cette racine garde ses propriétés éméto-cathartiques pendant six mois : la récolte doit donc se faire deux fois par an, au printemps avant la floraison et à l'automne avant la chute des feuilles.

Les feuilles jouissent des mêmes propriétés que la racine; elles constituent surtout, lorsqu'elles sont fraîches, un sialagogue au même titre que le gingembre, le bétel, etc...

Le nom de cabaret, sous lequel l'asaret était désigné communément, lui vient de l'emploi qu'en faisaient les ivrognes, soit pour vomir et pour pouvoir ainsi recommencer à boire, soit pour se déshabituer de leur passion. Smirnoff, en effet, lui attribue la propriété de relever l'appétit défaillant et de neutraliser le besoin factice, mais irrésistible de l'alcool. Cette propriété de l'asaret est due à l'asarone et il n'est pas étonnant que l'administration de la poudre de racines à petite doses (0,05 à 0,20 c.) puisse soutenir la résistance du malade, privé de son excitant habituel. — A. B.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Traitement de la mort apparente du nouveau-né

Voici la façon de procéder de M. Ribemont-Dessaignes :

Pendant le travail l'enfant peut souffrir sous l'influence de causes nombreuses que nous n'avons pas à examiner, ainsi à sa naissance peut-il se présenter avec l'aspect suivant qui caractérise la mort apparente : absence de cris, membres flasques, résolution musculaire complète, mais persistance de battements du cœur parfois très faibles et très espacés. Tantôt sa surface cutanée est bleuâtre, violacée, presque noirâtre, sa face est tuméfiée, les globes oculaires sont saillants et les conjonctives congestionnées; c'est l'asphyxie bleue. Tantôt au contraire la peau est blanche, pâle, décolorée, les muqueuses sont également blanchâtres, les battements du cœur sont imperceptibles; c'est ce qu'on a appelé à tort l'asphyxie blanche, c'est l'état syncopal.

Enfin dans certains cas on se trouve en présence de formes mixtes, les caractères ne sont pas suffisamment tranchés pour que l'on puisse appliquer l'étiquette d'asphyxie ou d'état syncopal.

C'est en nous appuyant sur cet exposé clinique que nous allons pouvoir établir la conduite à tenir dans ces différents cas.

Dans la pratique, la forme asphyxique est la plus fréquente; due à l'obstruction des voies aériennes par des mucosités ou du liquide amniotique chargé de méconium, il sera donc nécessaire 1° de désobstruer les voies respiratoires; 2° de faciliter l'entrée de l'air dans les poumons pour établir ou régulariser les fonctions cardiaques et pulmonaires.

Très souvent les mucosités n'occupent que l'arrière-bouche, aussi un simple écouvillonnage fait avec le doigt entouré d'un linge suffit à les enlever et à provoquer la première inspiration.

Les frictions cutanées simples ou avec de l'alcool, de l'éther, du cognac, de l'eau de Cologne, les bains chauds, les bains sinapisés, les bains alternativement chauds et froids, font de la révulsion cutanée qui est souvent le point de départ d'un réflexe se terminant par des mouvements respiratoires.

C'est sur le même principe physiologique qu'a été instituée l'excitation des muqueuses pituitaires, buccales et pharyngiennes; la méthode des tractions rythmées de la langue que le Dr Laborde a fait connaître en 1892 a pour but de faire naître le réflexe respiratoire.

Très fréquemment les procédés cités plus haut ne suffisent pas, il faut avoir recours à la respiration artificielle. Nombreux sont les moyens dont le but est de faire pénétrer de l'air dans l'arbre artérien : insufflation de la bouche à bouche, procédé de Sylvester, procédé de Schultze, procédé de Rivière.

Ces moyens ne remplissent qu'une des deux indications que nous avons posées dès le début : 1° désobstruer les voies aériennes, 2° de faciliter l'entrée de l'air. C'est en nous inspirant de ces indications que nous avons considéré l'insufflation comme la méthode de choix. L'étude approfondie de ce sujet nous a conduit aux données suivantes qui nous ont dirigé dans la construction de l'instrument qui porte notre nom :

1° L'insufflation doit être instrumentale;

2° L'appareil employé doit permettre d'aspirer les mucosités;

3° On ne doit porter dans les poumons qu'une quantité d'air en rapport avec leur capacité.

L'insufflation instrumentale date du siècle dernier, mais Chaumier est le premier qui ait fait construire un tube pénétrant directement dans le larynx. Cet instrument fut modifié plus tard par Depaul, puis par Pinard. Mais ce tube présentait encore de nombreux inconvénients : il est

Digitized by Google

difficile à introduire dans le larynx, il se déplace aisément, il ne s'oppose pas au réflux de l'air et n'indique pas à chaque instant, s'il n'a quitté le larynx pour pénétrer dans l'æsophage.

Pour remédier à ces défauts nous avons pensé que le tube devait être construit sur des bases anatomiques précises, aussi avons-nous étudié avec soin sur des coupes de nouveau nés congelés d'une part la courbe bucco-laryngée, et d'autre part le calibre et la forme de l'intérieur du larynx. Les résultats obtenus nous ont permis de faire construire un tube composé de deux parties. La première est formée d'une portion conique qui sert d'embouchure et sur laquelle on peut monter une poire en caoutchouc de 28 centimètres cubes de capacité et dont le fond est percé d'un trou. Elle est continuée du côté de la base par une autre portion, conique également; au point de réunion existe une double couronne de perles dont les aspérités fournissent une prise solide qui empêche l'instrument de vaciller entre les doigts.

La partie bucco-laryngienne est constituée par une portion buccale cylindrique, elle présente une double courbure moulée sur la saillie du rebord alvéolaire et sur la concavité de la voûte palatine. La portion laryngienne a la forme d'un cône très court aplati sur les côtés et séparé d'un bouton terminal par un étranglement circulaire sur le contour duquel en regardant la concavité de la courbure, se trouve situé l'orifice de sortie de l'air.

Lorsque l'insufflateur est construit rigoureusement sur le modèle que nous avons déposé en 1877, il présente les qualités suivantes :

1° Son introduction est rendue facile grâce à sa courbure et à la disposition de son extrémité terminale.

2° Sa courbe assure son maintien dans les voies respiratoires ;

3° Il s'oppose au reflux de l'air hors du larynx;

4° Il permet d'aspirer aisément les liquides, les mucosités qui obstruent les canaux bronchiques.

5° On se rend compte de sa bonne situation dans le larynx ou de son introduction par erreur dans le pharynx et l'œsophage.

6° La poire en caoutchouc n'envoie dans les poumons que la quantité d'air suffisante pour les distendre en raison directe de leur capacité, ce qui évite la rupture des vésicules pulmonaires si fragiles à la naissance.

***

D'autre part, S. Schultze d'Iéna, préconise le *modus faciendi* suivant : L'asphyxie des nouveau-nés, au moment de le naissance, est le résultat d'une entrave à la respiration placentaire au cours de l'accouchement.

Paul Cazeaux est le premier qui émit cette opinion en opposition avec d'autres doctrines ayant prévalu autrefois. — Il dit (en 1850) : « Dans tous les cas, l'asphyxie des nouveau-nés est évidemment le résultat de la suspension de la respiration placentaire ».

L'asphyxie des nouveau-nés est donc une sorte d'étouffement, — étouffement dont l'action peut être interrompue et qui n'entraîne pas absolument la mort.

Le traitement consiste à mettre en mouvement le plus tôt possible la respiration pulmonaire. J'insiste sur les mots « plus tôt possible ». Déjà, en 1212, Legallois avait constaté un fait important, que plus un organisme est jeune, mieux il peut — sans mourir — se passer de respiration. Chez beaucoup d'enfants, nés en état de mort apparente, la limite au delà de laquelle le pouvoir respiratoire serait perdu pour eux est bien près d'être atteinte, et tant que la circulation se continue, le sang devient de plus en plus pauvre en oxygène.

L'état veineux du sang — stimulant normal de la respiration — est, chez l'enfant né en état d'asphyxie, déjà fort au-dessus de la normale ; il ne provoque plus le réflexe médullaire.

La moëlle peut encore réagir sous l'influence d'autres irritations. Un des meilleurs stimulants est, par exemple, l'effet du froid sur la peau ; une immersion passagère, jusqu'au cou, dans l'eau froide, donne un résultat plus heureux parce qu'il est plus rapide que les tractions rythmées de la langue dont on a parlé récemment (Laborde).

Quand l'asphyxie a atteint un degré encore plus marqué la moëlle de l'enfant ne réagit plus. Alors, il faut que nous fassions tout notre possible pour rétablir l'excitabilité de la moëlle. Nous n'obtiendrons ce résultat qu'en amenant vers la moëlle du sang riche en oxygène, — et nous ne pouvons l'y amener que par la voie de la circulation. — Le but à atteindre est donc de rétablir les échanges pulmonaires et de mettre en mouvement le sang dans les vaisseaux.

Par l'insufflation de l'air, on a amené beaucoup d'enfants, nés en état d'asphyxie, à respirer régulièrement. En effet, après la première ou la deuxième inspiration, les battements du cœur s'accélèrent un peu ; mais si l'asphyxie est très profonde, le cœur bientôt s'arrête. L'inspiration de l'air augmente la pression des gaz au dedans du thorax autant que les pressions sur la poitrine avec la main pour imiter l'expiration. Mais ce procédé n'active pas la circulation du sang.

Les meilleurs procédés sont ceux qui, agissant directement sur la paroi thoracique, provoquent à l'intérieur de la cage thoracique des variations notables et régulières de la pression atmosphérique.

La méthode de Marshall-Hall réussit peu chez le nouveau-né dont le thorax possède son équilibre élastique dans la position d'expiration. Très efficace est le procédé de Sylvester. Mon procédé de balancement (Schwingen) amène de plus grandes variations de la pression atmosphérique à l'intérieur du thorax (25 centimètres cubes d'air traversaient par chaque aspiration les poumons lors de mes expériences sur des enfants morts-nés). Par de telles variations, on met immédiatement en mouvement — et énergiquement — les mouvement de pompe du cœur. On rétablit la différence de la tension entre la colonne de sang artériel

Digitized by Google

et celle de sang veineux, et on met ainsi en mouvement la circulation capillaire. De cette façon, on transporte le plus rapidement possible du sang artériel vers la moelle; celle-ci retrouve son excitabilité et devient capable d'obéir au besoin de respirer.

En peu de mots voici ma règle de conduite dans le traitement de l'asphyxie des nouveau-nés ;

1. Si l'enfant est d'un rouge bleu, s'il existe encore quelque tension des muscles, laissez-le en communication avec le cordon ombilical tant que vous y percevrez des battements. Enlevez de sa bouche les mucosités qu'il a pu aspirer, — excitez ses réflexes cutanés. S'il ne réagit pas immédiatement, coupez le cordon ombilical, plongez rapidement et très peu de temps l'enfant dans l'eau bien froide, puis mettez-le dans un bain chaud. Répétez ces immersions jusqu'à ce que l'enfant crie à haute voix.

2. Si le corps de l'enfant a la pâleur et la flaccidité d'un cadavre immédiatement après la mort, ne comptez pas obtenir quoi que ce soit par l'irritation des réflexes, car vous perdrez par là un temps précieux. Sectionnez de suite le cordon ombilical, enlevez toutes les mucosités qui peuvent éventuellement se trouver dans la bouche ou dans le pharynx, en avançant et en pressant la base de la langue de façon à faire monter l'épiglotte, puis soumettez l'enfant ensuite à la respiration artificielle, soit par la méthode de Silvester, soit par la mienne en balançant l'enfant. Commencez par un branle d'expiration prolongé. Il n'y a pas de meilleur moyen pour chasser non seulement des grosses, mais encore des petites bronches, les mucosités qui ont été aspirées. Après avoir fait passer l'enfant de la position d'expiration à celle d'inspiration huit ou dix fois dans une minute, plongez-le dans un bain chaud, et observez-le : vous verrez que les battements du cœur deviennent meilleurs et plus fréquents, que la peau rougit, que la tension des muscles réapparaît. Si en peu de temps vous n'avez pas réussi, recommencez à balancer l'enfant après le bain. Le mouvement d'expiration cause ordinairement la première inspiration spontanée ; puis on met l'enfant tout de suite dans un bain chaud. Si pourtant la respiration reste superficielle, plongez l'enfant dans l'eau glacée. L'enfant réagit tout de suite : il fléchit fortement les cuisses et crie à haute voix : la moelle répond maintenant à l'excitation des réflexes.

Ne considérez jamais un enfant, né en état d'asphyxie, comme ranimé complètement avant qu'il ne crie avec continuité et bruyamment.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Hémorrhagies névropathiques des organes génito-urinaires. Hématuries. — M. Lancereaux. Si l'on s'en rapportait aux communications faites au Congrès d'urologie de Paris en 1899, il n'y aurait pas lieu de créer une classe d'hématuries essentielles ; voici en effet les paroles des rapporteurs, MM. Malherbe et Legueu : « toutes les hématuries sont symptomatiques et relèvent d'une cause générale toxique ou infectieuse ou d'une affection locale ; il n'y a donc pas d'hématurie essentielle. »

Telle n'est pas la manière de voir de M. Lancereaux ; il démontre, à l'aide d'observations cliniques, les unes empruntées aux auteurs, les autres personnelles, qu'il existe une classe d'hématuries indépendantes de tout désordre anatomique de l'appareil urinaire et entièrement subordonné à un trouble du système nerveux, régulateur de cet appareil. Puis il continue en ces termes :

Ces différents faits, dont le nombre est très incomplet, suffisent à mettre en lumière l'existence d'hématuries névropathiques; aussi le praticien, lorsqu'il se trouve en présence d'une hémorragie des voies urinaires, doit-il songer tout d'abord à la possibilité d'une origine vaso-motrice, et ne conseiller l'intervention chirurgicale qu'après avoir épuisé les moyens médicamenteux.

Les causes de ces hématuries ne diffèrent pas de celles des hémorragies névropathiques en général, en ce sens qu'elles succèdent aux violentes émotions, à la colère, au refroidissement, etc. Plus fréquentes peut-être chez l'homme que chez la femme, les hématuries névropathiques se montrent aux différentes époques de la vie, de préférence à un âge avancé, chez les hémorroïdaires surtout, comme si elles venaient, dans certaines circonstances, remplacer le flux anal ; par contre, elles sont relativement rares dans le jeune âge, qui est l'âge des epistaxis et des hémoptysies.

Ces accidents, presque toujours annoncés par des douleurs gravatives dans les régions des lombes, de l'hypogastre, de la base de la vessie, et liés à des congestions préparatoires, se manifestent par l'écoulement d'un sang peu coagulable et de moyenne abondance. Les urines, troubles, brunâtres ou rouges, sont colorées par le sang extravasé en plus ou moins grande quantité et cette coloration disparaît parfois momentanément pour se manifester à nouveau plus tard.

L'examen microscopique y découvre des globules sanguins, diversement altérés, tandis que la chaleur et l'acide nitrique y déterminent un précipité albumineux souvent abondant. Passagères, ces hémorragies ne sont suivies d'aucun trouble de la santé générale ; mais leur répétition commune détermine de la pâleur des téguments, de l'anémie, de la faiblesse, et même de l'amaigrissement. Ces phénomènes, toutefois, sont plus rares et moins accentués dans les hématuries par troubles vaso-moteurs que dans toute autre hémorragie.

La marche des hématuries névropathiques est essentiellement intermittente, quelquefois périodique ; leur durée varie, depuis quelques jours, jusqu'à plusieurs semaines ou même plusieurs mois. Leur terminaison est rarement fatale ; néanmoins, la guérison peut se faire longtemps attendre en dehors d'une médication appropriée.

Le diagnostic de l'hématurie est chose facile ; l'examen des urines suffit à cette tâche, à la condition de pratiquer

Digitized by Google

le cathétérisme chez la femme, de façon à ne pas prendre le sang menstruel pour le sang vésical.

Le siège et la nature de cet accidents sont plus difficiles à déterminer. Les éléments propres à fixer la source de l'hématurie sont la douleur qui, si le rein est affecté, occupe la région des lombes et du flanc, au lieu de l'hypogastre, lorsque c'est la vessie. Ajoutons que, dans ce dernier cas, il existe des besoins fréquents d'uriner et de la douleur que l'on ne rencontre pas avec l'hématurie d'origine rénale.

Le mélange intime du sang avec l'urine, l'absence de caillots, sont des signes qui permettent sinon d'affirmer, au moins de soupçonner l'existence d'une hématurie névropathique. L'intermittence, et, à plus forte raison, la périodicité de cette hémorragie, les phénomènes douloureux qui la précèdent ou l'accompagnent, plaident dans le même sens, comme aussi l'absence de tout indice d'une lésion matérielle des reins ou des voies urinaires. Une enquête approfondie ne devra pas moins être faite pour s'assurer que l'hémorragie n'est pas la manifestation d'un désordre matériel encore à son début.

Le pronostic des hématuries névropathiques, toujours moins redoutable que celui des hématuries liées à une lésion organique, est, en réalité, assez peu grave, étant donnée la guérison habituelle de ces accidents, lorsque des rechutes incessantes ne viennent pas prolonger leur existence.

Le traitement de ces hémorragies repose sur la connaissance de leurs conditions pathogéniques. Leur origine névropathique conduit naturellement à l'emploi des opiacés et des astringents ; mais il nous faut reconnaître que le sulfate de quinine, à l'usage duquel nous avons été amené par le rapprochement des fluxions sanguines avec les poussées articulaires, est l'agent qui nous a donné les meilleurs résultats. Administré à la dose de 80 centigrammes à 1 gr. 50, ce médicament a presque toujours arrêté les hématuries névropathiques dans l'espace de quelques jours. C'est là un médicament qui, en tout cas, ne doit pas être négligé.

Les applications froides sur le siège du mal, le repos le plus absolu, ont ici encore leur indication ; et, lorsque le malade est sorti de sa crise, il ne faut pas oublier la possibilité d'une récidive et, dans le but de la prévenir, recourir à une cure hydrothérapique. Les douches, en modifiant l'état du système nerveux, rendent de réels services; elles sont utiles, en tout cas, pour combattre la faiblesse et l'anémie consécutives aux hémorragies prolongées. Les grands lavements froids sont, d'ailleurs, efficaces, et, dans certains cas aussi, l'application de sangsues à l'anus.

L'appareil génital de la femme non moins que l'appareil urinaire, est sujet aux hémorragies névropathiques, du moins aux deux extrêmes de la vie utérine, à savoir au moment de la puberté ou peu après, et à l'époque de la ménopause. Assez souvent, en effet, des jeunes filles sont prises de ménorragies ou même de métrorragies sans autres causes qu'une frayeur, une fatigue, une vive émotion, etc..., et sans qu'il soit possible de rattacher ces accidents à un désordre matériel. Ces mêmes phénomènes sont également communs à l'époque de la ménopause et surviennent alors dans des conditions assez semblables.

En somme, il existe dans les organes urinaires des deux sexes, et dans les organes génitaux chez la femme, indépendamment des hémorragies liées à un désordre matériel, des hémorragies dépendantes d'un trouble de l'innervation. Relativement fréquentes chez les névropathes, ces hémorragies, survenant en général à la suite de fatigues et de vives émotions, fournissent au praticien des indications spéciales qui consistent, après avoir modéré le flux sanguin, à s'adresser au système nerveux. C'est alors que la quinine, dont l'une des propriétés essentielles est de favoriser la contraction des petits vaisseaux, devient utile, comme l'hydrothérapie, ce grand modificateur du système nerveux.

M. Zambaco. — Outre ces hémorragies névropathiques, on rencontre parfois chez des hémorrhoïdaires, des hémorrhagies subites, effrayantes, bien que bénignes. Elles sont dues à une rupture des veines dilatées de la vessie, véritables hémorrhoïdes de cet organe, et remplacent souvent le flux hémorrhoïdaire supprimé. Il faut songer à cette éventualité, lorsqu'il n'existe ni maladie infectieuse, ni maladie organique, ni névropathie, pour expliquer une hématurie. *(21 août.)*

Régénération de la moelle des os chez le chien. — MM. Cornil et Coudray. Lorsque l'on pratique l'évidement de la moelle tibiale chez le chien, celle-ci se répare, tandis que la perte de substance diaphysaire évitée par la trépanation est comblée par du tissu osseux adulte. En un mot, la cavité medullaire, de même que l'os diaphysaire, se sont reconstitués.

Sarcomatose guérie. — M. Petrini, de Galatz, rapporte un cas de sarcomatose non pigmentée et non mélanique, à tumeurs multiples, guéri par les injections répétées de cacodylate de soude

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

Premier Congrès de médecine professionnelle et de Déontologie médicale (1)

Longtemps honorable, longtemps prospère, la profession médicale traverse dans tous les pays une crise dont il n'est plus possible de nier la gravité. En même temps que le nombre des médecins augmente, leur prestige et leur influence diminuent. » Telles sont les paroles que prononçait le Dr Lereboullet à la séance d'ouverture du Congrès. Elles sont en tous points exactes. Mais quelles sont les causes de cette déchéance de la profession médicale et quels remèdes est-il possible d'y apporter ?

Ces questions ont été exposées au cours du Congrès dans quel-

(1) Tenu à Paris du 23 au 28 juillet 1900. — Th. Roussel, président d'honneur ; Lereboullet, président ; Glover, secrétaire général.

Digitized by Google

ques rapports des plus documentés, dont nous allons nous efforcer de donner un aperçu.

Le Dr Salomon (de Savigné-l'Evêque), rapporte les raisons de la crise professionnelle à deux causes : 1° l'une inhérente à la profession médicale même ; 2° la seconde provenant du milieu dans lequel vit le médecin (2).

I. *Causes inhérentes à la profession médicale.* — Tout d'abord il faut considérer *l'encombrement médical.* Chaque année le nombre des diplômes délivrés par les Facultés augmente dans des proportions inquiétantes : (1839 à 1869, 400 à 500 diplômes ; 1899 à 1895, 1000 ; 1895 à 1900, 1250). Cette marche ascendante a été rapportée à plusieurs causes : En premier lieu on doit incriminer la facilité que, dans notre régime démocratique, chacun a d'arriver à passer les examens probatoires des études secondaires ; en second lieu, la création de Facultés plus nombreuses. Il y avait hésitation de la part des parents, quand leurs enfants devaient s'éloigner pour de longues années, hésitation qui n'existe plus guère, des Facultés ayant été fondées dans toutes les régions de France.

La *loi militaire* a été incriminée, elle a pu amener certains jeunes gens aux Facultés de médecine, mais son influence néfaste tend à diminuer, depuis que pour certaines autres carrières libérales, notamment l'étude du droit, les diplômes conférant l'exemption de deux années de service sont rendus plus accessibles.

La concurrence des *médecins étrangers* (il y en a 2.000 exerçants en France, dont 600 à Paris), est due à une mesure mauvaise qui avait été adoptée par la Faculté. On donnait aux étudiants étrangers les équivalences des titres universitaires exigés pour les étudiants français. Depuis la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, il n'en est plus ainsi : il existe deux variétés de diplôme : le diplôme universitaire, simple titre honorifique, ne permettant pas l'exercice de la médecine en France, et le diplôme ordinaire permettant l'exercice, qui ne peut être délivré qu'aux jeunes gens étrangers ayant présenté, au moment de leur inscription, tous les titres d'enseignement secondaire réclamés aux étudiants nationaux.

II. *Causes provenant du milieu dans lequel vit le médecin.* — A ce point de vue, trois causes principales occasionnent le plus grand préjudice au monde médical. Ce sont : 1° l'abus de l'assistance médicale gratuite (bureau de bienfaisance, dispensaires, hospitalisation) ; 2° le nombre sans cesse croissant des mutualités ; 3° L'exercice illégal de la médecine.

1° *Assistance médicale.* — Dans un rapport très documenté, le Dr Thiéry (1) s'élève contre l'abus des soins gratuits et cite un grand nombre d'exemples de personnes qui pouvaient, sans aucune gêne, se faire soigner à domicile par un médecin, et qui sont venus encombrer les salles d'hôpital, et prendre la place destinée aux indigents ; notamment, en ce qui concerne les accouchements, le Dr Napias affirme que des 50.000 accouchements annuels de Paris, 18.000 sont faits soit à l'hôpital, soit chez des sages-femmes, aux frais de l'Assistance publique.

Cet abus s'étend non seulement aux hôpitaux, mais aussi aux soins donnés par les médecins des bureaux de bienfaisance (consultations ou visites à domicile), et le Dr Thiéry rapporte le fait d'un médecin de bureau de bienfaisance, qui pendant trois ans fut appelé 337 fois au domicile de personnes n'ayant absolument rien. Ce même médecin a connu un ménage dans lequel l'huile de foie de morue qu'il prescrivait (et qui était délivré gratuitement), servait à l'éclairage.

Enfin il ne devrait pas exister d'hôpitaux payants (Maison municipale de santé), de même qu'il ne devrait pas y avoir dans les services hospitaliers des malades assez fortunés pour verser à la Caisse de l'Assistance publique 3 à 5 francs par jour, car tous ces malades ne viennent à l'hôpital que par économie et pour s'éviter des dépenses qu'il leur eût été possible d'exécuter.

Le Dr Thiéry conclut en demandant :

« 1° L'affichage extérieur et intérieur de l'avis qui réserve les consultations et l'hospitalisation aux malades indigents et nécessiteux, et des formalités nécessaires pour obtenir l'un et l'autre.

« 2° La conservation des circonscriptions hospitalières avec application intégrale du règlement qui les concerne.

« 3° La création de commissaires-enquêteurs de quartier, qui délivreraient aux indigents et nécessiteux des bons valables pendant une année, et qui devraient être présentés au moment de l'admission ou de la consultation.

« 4° Le remboursement des *frais de séjour*, de la *valeur de la consultation et des soins*, si l'enquête démontre une fraude. En cas de récidive, il pourrait y avoir des poursuites (amendes et même prison).

Les Drs Benedick (de Vienne), et Smith (de Londres), partagent l'avis du Dr Thiéry.

Le Dr Dorison demande la suppression des consultations hospitalières ; les malades seraient envoyés aux hôpitaux par les médecins des bureaux de bienfaisance, plus à même de pouvoir surveiller l'enquête faite sur la situation pécuniaire de leurs clients.

Enfin, sur la proposition du Dr Cuylits, le Congrès vote à l'unanimité le vœu suivant :

« Le Congrès, reconnaissant qu'il importe que les services hospitaliers soient réservés aux indigents, laisse aux associations professionnelles le soin d'appliquer ces principes suivant les nécessités locales. »

2° *Médecins et mutualités.* — En France, le nombre des mutualités se multiplie d'une façon inquiétante, et leur organisation est encore récente. Voici quels sont sur ce point les idées de M. Deschanel, l'apôtre des mutualités : « La Société de secours mutuels, dit-il, isolée, a fait son temps ; le mouvement de centralisation, qui se produit dans toutes les régions du monde industriel et ouvrier, et qui est la loi économique de notre siècle, commence à gagner la mutualité. Déjà nous apercevons les premiers lineaments de l'organisation future : en bas, dans la commune, dispersées sur toute la surface du territoire, de petites sociétés qui sont comme les cellules premières et les embryons de la prévoyance ; au-dessus, dans la ville, dans l'arrondissement ou le département, les maisons de sociétés, et au-dessus encore, dans la région et dans le pays tout entier, le groupement de ces unions, les fédérations. Ce groupement de plus en plus étendu, accomplira des fonctions de plus en plus savantes et élevées : offices de placement, mutualité scolaire, *secours médicaux*, caisses de prêts gratuits, pharmaciens mutualistes, etc. Il faut qu'ainsi la République française devienne une vaste mutualité. Là est l'avenir ; là est un des plus puissants moyens de résoudre la question sociale. »

(2) *Rapport sur les œuvres de défense professionelle.*

(1) Rapport sur les abus des consultations et de l'hospitalisation) gratuites dans les hôpitaux.

(1) Cuylits : Sur les rapports des médecins et des mutualités.

Digitized by Google

D'après le Dr Cuylits (de Bruxelles), la situation est encore plus grave en Belgique qu'en France. En 1899 il y avait 2928 mutualités reconnues, représentant 350.000 adhérents ; les médecins leur doivent le service, à eux et à leurs familles, et l'on estime que de ce fait le corps médical secourt 1.750.000 individus sur une population de 6 670.000 habitants.

Le Dr Smith (de Londres), rapporte que dans le Royaume-Uni le préjudice causé au médecin par les mutualités est aussi flagrant que sur le continent, sinon plus, et il cite une mutualité très riche qui paye les visites médicales au taux de 17 centimes la visite.

Le Dr Cuylits présente les conclusions suivantes qui sont adoptées à l'unanimité.

« 1° Toute mutualité vraie, c'est-à-dire exclusivement composée de travailleurs, a droit à un tarif médical minimum, qui dans toutes autres circonstances serait incompatible avec notre dignité professionnelle.

« 2° Les mutualités ne pourront bénéficier de ces tarifs, que si elles s'engagent à n'accepter et à ne conserver comme participants que les personnes peu aisées.

« 3° Ce tarif peut être différent et adapté aux ressources des mutualités ou aux habitudes locales.

« 4° Les tarifs seront établis de commun accord entre les mutualités et les associations professionnelles médicales. Ces tarifs seront notifiés à tous les médecins, laissant ainsi à tous la faculté de s'y soumettre

« 5° Le système par abonnement ne peut être autorisé à quelque titre que ce soit et le choix du médecin doit rester libre à tout mutualiste.

« 6° Un médecin fera obligatoirement partie du conseil de chaque Société. »

Le Dr Barbanneau (Vendée) présente une communication sur l'exploitation des médecins par les Compagnies d'assurances, en ce qui concerne les accidents du travail, et demande l'adoption par les Compagnies d'un tarif d'honoraires minimum et suffisamment rémunérateur.

3° *Exercice illégal de la médecine.* — Dans son rapport, le Dr Descoust (1) affirme que l'on peut estimer à quinze, à vingt mille le nombre des consultations données par an en dehors des médecins à Paris, par les pharmaciens, les herboristes, les sages-femmes, les dentistes, les bandagistes, les pédicures, les curés, les sœurs, les rebouteurs, les masseurs, les magnétiseurs, les somnambules, les directeurs d'agences de gardes malades, les électriciens, les membres diplômés ou non d'associations patriotiques de dames, etc. Le préjudice causé, non seulement au médecin mais encore au malade, qui ne reçoit pas, de ces charlatans, pour une maladie donnée, les soins que réclame son état est considérable. Aussi, devons-nous engager fermement la lutte contre cet envahissement.

De quels moyens disposons-nous et sommes-nous suffisamment armés ? Oui. La loi de 1892 donne des armes suffisantes : article 16. pour la définition de l'exercice illégal ; articles 18 et 19, pour les sanctions pénales, surtout que cette loi, dans son article 13, donne le droit aux médecins de se syndiquer pour la défense de leurs intérêts professionnels. Mais jusqu'à présent les médecins ont manqué d'une part d'union, d'autre part des fonds nécessaires pour entamer des poursuites efficaces. Aussi le Dr Descoust dépose-t-il les conclusions suivantes qui sont adoptées à l'unanimité :

(1) Rapport sur l'exercice illégal de la médecine.

« 1° L'article 13 de la loi de novembre 1892, en accordant aux docteurs en médecine le droit de se constituer en associations syndicales pour la défense de leurs intérêts professionnels, leur a indiqué la voie à suivre pour se défendre contre l'exercice illégal de la médecine si nuisible aux intérêts de la profession.

« 2° C'est donc aux associations syndicales, heureusement substituées aux individualités syndiquées ou non, qu'il appartient de poursuivre devant la juridiction compétente tous ceux qui exercent illégalement la médecine.

« 3° Pour subvenir aux dépenses, occasionnées par les nombreuses poursuites à faire, il est absolument nécessaire de créer des caisses de défense professionnelle, alimentées par des cotisations spéciales, professionnelles aux exigences de la lutte et uniquement consacrées à cet usage. »

Cette question de l'exercice illégal a fait l'objet d'une discussion importante dans la section spécialement chargée d'étudier les moyens d'y apporter remède. — Les Drs Dignat et Salomon demandent que les chirurgiens n'emploient comme aide spécialement pour la chloroformisation, que des médecins et non d'anciens infirmiers (adopté). — Le Dr Gandil (de Nice) au nom de la Société d'électrothérapie, après avoir signalé les méfaits de cette méthode thérapeutique exercée par des infirmiers et des gardes malades fait adopter le vœu que ces pratiques soient interdites à tout individu non diplômé.— Les Drs Dagron (de Paris), Richard-Lesay (de Lille) s'élèvent contre l'exercice illégal pratiqué par les masseurs. — Le Dr Cl. Petit, au nom de la Société médicale du VIe arrondissement, présente un rapport sur la vente des médicaments sans ordonnance et la Section adopte, à l'unanimité, le vœu suivant :

« Les pharmaciens violant les lois existantes vendent des produits toxiques, spécialités ou non.

« Cette manière de faire expose le public à des dangers sans nombre, et blesse gravement les intérêts du corps médical tout entier.

« Les médecins réunis au Congrès de 1900 demandent aux pouvoirs publics le respect des lois qui ont été faites dans l'intérêt de tous. »

Enfin le Dr Richard-Lesay s'élève contre la réclame pratiquée de la façon la plus éhontée, par des pharmaciens ou des médecins, à la quatrième page des journaux et fait adopter la résolution suivante : « Le Congrès condamne toute réclame venant de la part des membres du Corps médical. »

Quelles sont les plaies, quel doit être le remède ?

Le Dr Salomon (de Savigné-l'Evêque) nous l'indique dans son intéressant rapport (1). Il faut que le Corps médical tout entier s'unisse pour lutter contre le mal commun. Dans cette lutte il est deux points à envisager : 1° La corporation médicale ; 2° Le médecin en particulier.

La corporation médicale doit affirmer son autorité en formant bloc dans les questions d'intérêt professionnelles ; c'est le but qu'ont tenté de réaliser l'Association des médecins de la Seine (1838), l'Association générale des médecins de France (1859), le Concours médical (1879), sans y réussir complètement. Aujourd'hui nous sommes mieux armés (loi du 30 novembre 1892, art. 13) ; la constitution des syndicats et l'union des syndicats nous permettront, si chaque médecin veut mettre du sien pour engager le bon combat, et il est grand temps, de lutter victorieusement

(1) Rapport sur les œuvres de défense professionnelle.

Digitized by Google

contre l'état de déchéance dans lequel tend à tomber notre profession.

Pour ce qui est du médecin en particulier, la question est double. Le médecin doit pouvoir vivre de sa profession; de là nécessité absolue de se solidariser, principalement en ce qui concerne les honoraires payés par les mutualités et de n'accepter qu'un tarif minimum (Tarif girondin, tarif du Concours médical). D'autre part, le médecin doit, après une vie de dévouement, être à l'abri du besoin, de là, nécessité de la création d'œuvres d'assistance et de prévoyance médicale.

Cette question a été exposée par le Dr Lande (de Bordeaux). Le médecin représente un capital, composé, d'une part par les sommes déboursées pour l'amener jusqu'à l'âge auquel il obtient son diplôme, d'autre part pour sa valeur intrinsèque représentant le travail accumulé (2). Ce capital se trouve à la merci d'une maladie, d'une infirmité, de la mort; circonstances d'autant plus à redouter que souvent le médecin n'a pas une situation de fortune très brillante, qu'il ne s'enrichit guère et enfin que, pour ainsi dire professionnellement, il est astreint au mariage. La prudence exige donc qu'il songe à l'avenir pour lui et pour les siens.

C'est dans ce but humanitaire que furent fondées l'Association des médecins de la Seine (1835) et l'Association générale des médecins de France. Cette dernière compte 8,500 membres; moyennant une cotisation de 12 francs par an, elle arriva à donner à ces membres des pensions viagères d'assistance se montant environ à 1,000 francs. La caisse est alimentée par les cotisations, par les sommes abandonnées par les médecins fortunés qui ne touchent pas leur pension, enfin par des legs. L'association possède environ 3,000,000 et distribue 70,000 francs de retraites.

Depuis, plusieurs Sociétés similiaires ont été fondées; tout d'abord la *Caisse des pensions de retraite du Corps médical français*, qui possède 800,000 francs et se propose de servir à ses membres des pensions de retraite de 1,200 francs à partir de 60 ans, moyennant une cotisation variable suivant l'âge d'entrée. — La Caisse indemnité-maladie, fondée par le Dr Lagoguey, garantit à ses adhérents une indemnité de 10 francs par jour de maladie pendant 3 mois et 5 francs pendant 6 mois. — L'*Association amicale des médecins français*, fondée par le Concours médical donne 10 francs par jour pendant les 2 premiers mois de la maladie, puis 100 francs par mois quelque longtemps qu'elle durera.

Le Dr Lande termine son rapport par les conclusions suivantes qui sont adoptées :

« *Conclusions.* — Les œuvres d'assistance ou de prévoyance médicale considérées dans les diverses nations sont encore incomplètes.

« Ces œuvres doivent avoir pour but de prémunir les médecins contre les risques suivants :

« Maladie aiguë ou chronique (infirmité);

« Sénilité;

« Mort.

« A chacun de ces risques doit correspondre une cotisation et par suite une caisse spéciale :

« Caisse d'assurance contre la maladie aiguë ou chronique (infirmité).

« Caisse d'assurance contre la vieillesse (retraites, rentes différées).

« Caisse d'assurance contre la mort (assurance sur la vie).

« L'organisation de ces diverses caisses est rendue plus facile par l'adoption d'un âge déterminé comme terme moyen de la vie professionnelle du médecin (65 ans dans l'association anglaise).

« La fixation de l'âge du repos normal permet de limiter la durée des versements des cotisations afférentes aux assurances contre la maladie et la mort au moment même où s'ouvre le droit à la retraite.

« Le médecin arrivé à cet âge, devenu libre de toute charge, touchant la rente réservée pour ses vieux jours, pourrait ainsi jouir en paix d'un repos honorable avec la certitude de laisser encore après lui le capital garanti par l'assurance souscrite par lui.

« Enfin, un lien commun devrait réunir tous les participants de ces diverses œuvres : ce serait le versement d'une somme minime, de 10 francs par an par exemple, avec laquelle on constituerait une caisse de secours destinée à venir en aide aux imprudents, aux malheureux, aux veuves et aux orphelins de ceux auxquels la fortune n'aurait jamais souri.

« Le médecin demeurerait ainsi pour les membre de la famille médicale ce qu'il a toujours été pour tous et en tous lieux, l'apôtre de la charité. »

Telles sont les principales questions de médecine professionnelle qui ont été discutées au 1er Congrès international. Espérons que ces appels pressants à la solidarité médicale, unanimement prônée et reconnue comme le meilleur remède à apporter à la crise que nous traversons, seront entendus et que ce premier Congrès, dont la réussite si complète a couronné les efforts de ses organisateurs, marquera une ère nouvelle dans l'histoire de la médecine.

Dans ce compte rendu, nous nous sommes spécialement occupés des questions professionnelles, laissant de côté la partie déontologique, sur laquelle le Pr Grasset (de Montpellier) a fourni un rapport en tous points remarquable, dont toutes les parties intéressent les praticiens.

Nous nous proposons d'en donner prochainement une analyse plus complète. P. R.

(2) Lande. — Rapport sur les œuvres de prévoyance médicale.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique d'électrothérapie gynécologique, par le Dr E. Albert Weil, chez Baillière, éditeur.

Dans la première partie l'auteur expose, en les résumant, les connaissances physiques nécessaires à ceux qui veulent utiliser l'électricité comme moyen thérapeutique. Il étudie toutes les modalités électriques utilisées en gynécologie, courant continu, courants faradiques, galvano faradiques, courant alternatif sinusoïdal, ondulatoire sinusoïdal, courants de haute fréquence de d'Arsonval, courants statiques, statiques induits. Cette partie théorique est claire et sera très utile aux débutants.

Dans la seconde partie, M. Weil passe en revue les diverses affections génitales de la femme susceptibles d'être traitées par l'électricité.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huguard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBERS, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

ÉTUDE CLINIQUE

Pronostic et traitement de la tuberculose pulmonaire, basés sur l'analyse du suc gastrique et l'examen de l'acidité urinaire.

Par le Dr FERNAND CAUTRU,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Depuis les intéressants travaux de M. Marfan et les recherches de chimie gastrique de M. Hayem, le rôle que joue l'estomac dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire est bien connu. On sait qu'il existe des troubles et des lésions gastriques à toutes les périodes de la maladie : syndrome initial (caprices de l'appétit, toux gastrique, vomissements) anorexie coïncidant soit avec l'hyperchlorhydrie, soit avec l'hyperpepsie chloro-organique); symptômes de la période d'état (anorexie, dilatation et ses conséquences) accompagnant une hypopepsie, plus ou moins intense; enfin période terminale, apeptique, avec intolérance gastrique, diarrhée, etc.

Depuis un certain nombre d'années, j'ai pu suivre parmi les dyspeptiques que j'ai eus à soigner, une assez grande quantité de tuberculeux et j'ai pu constater ce fait que, à toutes les périodes de la tuberculose, le pronostic de la maladie pouvait être basé sur l'analyse du suc gastrique. Tel malade atteint de lésions pulmonaires avancées, du 2e degré, par exemple, mais dont le chimisme gastrique est *resté bon* a de grandes chances de guérir ou du moins de prolonger son existence, dans un état de santé relativement normal. Tel autre atteint de lésions minimes mais d'une apepsie plus ou moins absolue est voué à une mort certaine.

Lorsque même les lésions rétrocèdent, que l'état général devient meilleur et fait espérer une guérison, le pronostic reste fatal si l'amélioration du chimisme ne coïncide pas avec celle de l'état pulmonaire. J'ai observé à ce sujet deux malades entre autres, des plus intéressantes.

La première est une femme de 41 ans, atteinte d'une lésion de premier degré au sommet gauche; dilatée, ne digérant rien et souffrant de crises gastriques d'une extrême violence. Le chimisme le 5 mai 1893, est celui d'une apeptique A = 34 HCl = o. — Les massages et le régime l'améliorent rapidement Le 12 mai elle a gagné 3 livres. Le 7 juin, les crises gastriques ont disparu, mais le chimisme est toujours le même — HCl = O.—En septembre la malade mange de tout; les lésions pulmonaires n'ont pas augmenté. En janvier 1894, sa santé est parfaite, les digestions normales; l'analyse indique :

$$A = 0{,}055 \quad H = 0 \quad C = 0{,}077 \quad T = 0{,}0317$$

$$F = 0{,}240 \quad \alpha = 0{,}71 \quad \frac{T}{F} = 1{,}30$$

L'été suivant, poussées de bronchites, tuberculose à marche aiguë, mort.

L'amélioration n'avait porté que sur les éléments moteur, circulatoire et nerveux de l'estomac, la gastrite étant trop avancée au début du traitement pour pouvoir rétrocéder. Les lésions pulmonaires avaient repris leur activité quand l'intestin, qui chez les apeptiques remplace l'estomac (Hayem) avait faibli à sa tâche.

Chez une jeune fille de 22 ans que je vis en mai 1894, atteinte de lésions du deuxième degré, des deux sommets, avec entérite muco-membraneuse, amaigrissement (103 au lieu de 124 livres) anorexie complète, l'amélioration se fit rapidement sentir — le 3 août elle avait regagné 18 livres, mais jamais l'Hcl libre ne reparut dans le suc gastrique. Le 4 octobre 1894 son chimisme était :

$$A = 57 - H = 0 \quad C = 34 \quad T = 291$$

$$F = 257 \quad \alpha = 167 \quad \frac{T}{} = 1.13$$

Malgré une amélioration notable de l'état local et des symptômes généraux, je portai un pronostic fatal qui se réalisait un an après, la malade ayant eu certainement une survie, grâce au traitement, mais n'ayant pu guérir à cause de son mauvais état gastrique.

A côté de ces cas malheureux il en est heureusement de meilleurs, et j'en rapporterai un certain nombre. Mais afin de procéder avec méthode et pour ne rien omettre, je vais suivre dans cette étude du pronostic et du traitement de la tuberculose pulmonaire basés sur l'état gastrique, l'évolution de la maladie elle-même et la prendre dans ses différentes phases :

Avant d'aller plus loin, et pour la compréhension de certains passages de ce travail, je dois dire deux mots d'une méthode ou plutôt d'une interprétation nouvelle, d'analyse d'urine, qui me rend de grands services depuis trois ans que je l'emploie et dont j'ai parlé à la séance de thérapeutique du 9 mai 1900. — Il s'agit de l'étude de l'acidité de l'urine à jeun, de celle qui est le moins influencée par les repas. M. Joulie, pharmacien des Hôpitaux, en retraite, a établi que cette acidité est comprise entre 4 et 5 0/0 de l'excédent de densité de l'urine sur l'eau et que la richesse normale en acide phosphorique doit être de 11 à 11,5 0/0 de ce même excédent.

Je n'ai pas à décrire ici le procédé ni à interpréter les faits (1).

Qu'il me suffise de conclure de mes recherches, que dans la tuberculose pulmonaire comme dans le plus grand nombre de cas de maladies chroniques, l'urine est hypoacide. Au début de cette affection, il y a quelquefois phosphaturie, toujours hypophosphatie à la fin, le malade ayant perdu la plus grande partie de ses phosphates. Ces notions de l'hypoacidité et de la phosphaturie sont de la plus haute importance chez les phtisiques; j'y reviendrai à la fin de ce travail.

Voyons donc maintenant l'état gastrique des tuberculeux, aux différentes phases de leur maladie.

(1) Voir les nos de mars, avril, mai, juin, et juillet du *Bulletin général de thérapeutique.*

Digitized by Google

1° Période prétuberculeuse.

Dans certains cas l'estomac commence et on a remarqué que l'éclosion de la tuberculose pouvait être précédée de dyspepsie chloro organique (Hayem) d'hyperchlorhydrie (G. Sée).

S'il s'agit de la dyspepsie chloro-organique, la plus fréquente, en effet, le traitement par le massage abdominal donne de merveilleux résultats. J'ai observé un grand nombre de cas de ce genre chez des jeunes gens prédisposés à la tuberculose et je n'ai eu qu'à me louer de ce mode de traitement. Cette variété de dyspepsie est liée au début, quand il n'y a pas encore gastrite, à des troubles vaso-moteurs vite dissipés par le massage dont le rôle est d'activer la circulation abdominale. J'en ai parlé longuement dans ma thèse et dans diverses communications, entre autres au Congrès de Moscou 1897, je ne m'y arrêterai donc pas ici.

La variété hyperchlorydrique se rencontre surtout chez les nerveux, souvent neurasthéniques et leur hyperchlorydrie est d'origine centrale. Comment deviennent-ils tuberculeux? Un certain nombre de théories ont été mises en avant (Kemperer, Bouchard, Marfan (1).

Pour ma part, je pense, après avoir remarqué que tous les hyperchlorydriques sont hypoacides urinaires (urines à jeun) que c'est cette hypoacidité générale qui prédispose le sujet à devenir tuberculeux par affaiblissement du terrain devenu propice à l'éclosion du bacille.

Les arthritiques, rhumatisants et goutteux qui deviennent rarement tuberculeux, sont peut-être protégés de cette maladie par leur hyperacidité générale, fréquente chez eux, au moins pendant la première partie de leur existence d'arthritique.

Le massage abdominal est en général contre indiqué chez les hyperchlorydriques, et c'est au système nerveux qu'il faut s'adresser. Du reste dans cette période prétuberculeuse, les indications du traitement gastrique sont les mêmes que celles dont j'ai parlé ailleurs pour le traitement de la dyspepsie en général.

2° Période du début.

Les troubles de cette période, si bien décrits par M. Marfan sont caractérisés par une série de symptômes accompagnant un affaiblissement de la motricité et compliquée au bout d'un certain temps par de la dilatation stomacale. L'hyperchlorydrie avec augmentation des fermentations anormales est le trouble chimique le plus fréquent. A cette période, la gastrite n'existe pas ou peu. M. Marfan pense d'ailleurs qu'il s'agit d'une dyspepsie toxique d'autant plus caractérisée que le malade présente à un plus haut degré les signes de l'anémie tuberculeuse due à l'empoisonnement par les toxines.

Ce qui ferait croire qu'il n'existe pas de gastrite c'est que le chimisme stomacal, quand le malade doit guérir de sa tuberculose, s'améliore en même temps que les symptômes gastriques fonctionnels : l'appétit, la tension épigastrique, les renvois acides, la toux et les vomissements dus à l'irritabilité du nerf pneumo-gastrique disparaissent. Dans la plupart des cas la guérison est lente à obtenir et il est bon de savoir que le retour du chimisme normal se produit quelquefois longtemps après la disparition complète des troubles fonctionnels et des lésions pulmonaires. Ceci a de l'importance au point de vue du pronostic et du traitement, car on ne doit pas abandonner l'estomac trop tôt chez un tuberculeux guéri et on doit toujours craindre une rechute tant que celui-ci n'est pas absolument normal.

J'ai observé en juillet 1892, un jeune homme de 21 ans, ayant l'estomac dilaté, l'appétit capricieux, des ballonnements, des renvois acides après les repas, quelquefois de la diarrhée, l'état général mauvais, amaigrissement, un travail physique ou intellectuel à peu près impossible. Au sommet gauche il y avait de la submatité, des râles sibilants, de l'expiration prolongée et saccadée.

L'analyse du suc gastrique donne les résultats suivants :

A = 145	C = 131	F = 211
H = 0	T = 350	α = 110

Winter 1er juillet 1892.

On mit le malade au régime, au massage de l'abdomen avec électrisation faradique externe ; on lui fit quelques lavages d'estomac et une amélioration sensible ne tarda pas à se produire.

Le 23 octobre 1892, l'analyse du suc gastrique donnait les résultats suivants :

A = 170	C = 143	F = 211
H = 18	T = 350	α = 106

Le malade continua à s'améliorer, les symptômes gastriques disparurent ainsi que les lésions pulmonaires, mais ce ne fut qu'en avril 1893 que le chimisme stomacal redevint à peu près normal :

A = 253	C = 197	F = 142
H = 36	T = 375	α = 101

On ne s'est jamais occupé de la lésion pulmonaire dont la rétrocession a suivi l'amélioration des fonctions digestives. Aujourd'hui ce malade est d'une santé parfaite.

Je vois de temps à autre depuis cinq ans une jeune fille dont la mère est atteinte d'une tuberculose laryngée. Lorsque je vis pour la première fois cette jeune fille, âgée alors de 16 ans, elle avait tous les phénomènes gastriques et pulmonaires d'une tuberculose au début : respiration rude, expiration prolongée, submatité des sommets, estomac très dilaté, atonie intestinale, amaigrissement, anorexie, etc.

L'analyse du suc gastrique révèla une hyperpepsie chloro-organique avec fermentations anormales.

A = 203	C = 175	F = 142	$\frac{T}{F} = 2.38$
H = 22	T = 339	α = 103	

12 mai 1895 (Winter).

Quelques lavages, des massages de l'abdomen, un régime reconstituant amenèrent une amélioration rapide et

(1) Nouvelles recherches sur les troubles et les lésions gastriques dans la phtisie pulmonaire (*Marfan*, Congrès de la tuberculose, 1891).

Digitized by Google

une apparence de guérison absolue qui se maintint environ un an. Alors les mêmes symptômes reparurent et disparurent par la même médication. Fin 1897 rechute plus grave ; les poumons sont normaux, mais l'amaigrissement devient inquiétant, l'anorexie est absolue, et l'estomac se dilate à nouveau.

Le 17 janvier 1898 l'analyse donne :

$$A = 176 \quad C = 156 \quad \alpha = 112 \quad \frac{T}{F} = 206$$
$$H = 0 \quad F = 146$$

(Winter)

A ce moment la malade allait déjà mieux le traitement ayant été repris, mais cependant on constate l'absence d'acide chlorydrique libre. Depuis cette époque jusqu'aujourd'hui (juillet 1900) la malade a joui d'une santé parfaite.

En ce moment elle esquisse une nouvelle rechute.

Cette observation me paraît des plus intéressantes, elle nous montre une jeune fille constamment menacée d'une tuberculose pulmonaire et qui ne se maintient en équilibre que grâce aux soins constants dont on entoure l'estomac. La gastrite paraît malgré tout évoluer et le pronostic est sombre pour l'avenir.

Je pourrais citer un certain nombre d'exemples semblables aux deux que je viens de rapporter, mais pour ne pas prolonger cette communication, passons maintenant à la période d'état de la tuberculose.

3° *Période d'état : Tuberculose confirmée.* — Ainsi que M. Marfan l'a remarqué, les symptômes du côté de l'estomac, à la période de ramollissement pulmonaire diffèrent de ceux du début de la maladie ; il y a anorexie complète, nausées et vomissements avec ou sans toux gastrique, douleur à l'épigastre, dilatation de l'estomac, peu ou point de renvois acides. Les lésions anatomiques sont caractérisées par une gastrite avec infiltrations interstitielles auxquels succède l'altération de l'appareil glandulaire.

On comprend qu'à cette période la guérison complète soit impossible, il ne peut être question que de l'arrêt de la maladie et les soins du côté de l'estomac devront être constants. Le chimisme stomacal passe bien vite à l'hypopepsie, qui s'améliore comme nous l'avons dit plus haut, en même temps que les symptômes gastriques et pulmonaires.

Cette hypopepsie a pu d'ailleurs être précédée d'une phase plus ou moins longue d'hyperpepsie chloro-organique (comme on vient de le voir dans l'observation précédente) ou d'hyperchlorydrie dont j'ai rapporté dans ma thèse un cas des plus intéressants recueilli dans le service de M Hayem et que je vais rappeler ici en quelques mots.

Il s'agit d'un infirmier agé de 46 ans, alcoolique et tabagique, qui fut pris en juin 1893 d'une entérite avec diarrhée profuse (15 à 20 selles par jour) en même temps que se déclarait une toux légère et un peu de matité des sommets.

Le 28 juin 1893, le tubage donne les résultats suivants :

$$A = 212 \quad C = 160 \quad F = 164$$
$$H = 92 \quad T = 416 \quad \alpha = 75$$

En septembre 1893, le malade est pris de crises gastriques d'une extrême violence, qui ne cèdent qu'à la morphine.

Le 2 novembre, une nouvelle analyse donne les résultats suivants :

$$A = 44 \quad C = 11 \quad F = 237$$
$$H = 0 \quad T = 248 \quad \alpha = 100$$

Comme on le voit la gastrite a rapidement évolué vers l'hypopepsie. Le malade a maigri de 20 kilos et au sommet gauche, on constate des signes très nets de tuberculose pulmonaire.

Je commence alors les massages de l'abdomen. Le premier procure le jour même un grand soulagement au malade. La crise gastrique qu'il avait tous les jours depuis le début de la maladie apparaît en effet plus tard et est moins forte qu'à l'ordinaire ; dans la journée le malade a trois heures d'un sommeil calme, ce qui ne lui était pas arrivé depuis le début de la maladie.

Le 17 novembre, la diarrhée a disparu, les crises ont diminué de fréquence et d'intensité, le malade a gagné 2 kilos, il commence à manger de la viande, du pain, tandis qu'avant il ne pouvait digérer un litre de lait dans les 24 heures.

Le 4 décembre, l'amélioration continue, le malade mange un peu et boit 3 litres de lait par jour, il a une selle régulière et moulée. Les lésions tuberculeuses sont à peine appréciables.

Le massage abdominal a été continué tous les jours depuis le 2 novembre.

Une analyse du suc gastrique, donne les résultats suivants :

$$A = 114 \quad C = 84 \quad F\ 240$$
$$H = 11 \quad T = 335 \quad \alpha\ 123$$

Depuis le début du massage, la quantité des urines a augmenté d'une façon notable, oscillant de trois à 4 litres en 24 heures.

Le malade se sentant bien est sorti de l'hôpital et je n'ai pu le suivre depuis. On voit encore dans cette observation, l'amélioration parallèle du chimisme stomacal et des lésions pulmonaires.

Chez un autre malade, âgé de 40 ans, avec un commencement de ramollissement des sommets et ayant des crises gastriques d'une extrême violence, l'acide chlorhydrique libre remonte de 7 à 62, du 10 février au 6 novembre 1897, à la suite de plusieurs séries de massages de l'abdomen, en même temps que les crises gastriques disparaissent et que s'améliorent les symptômes pulmonaires.

Le 5 mai 1899, je suis consulté par une dame de 30 ans ayant eu déjà une pleurésie en 98, et ayant, lorsque je la vois des lésions très-nettes au sommet gauche.

L'appétit à disparu, la malade peut à grand'peine digérer des œufs et un peu de lait ; amaigrissement notable.

Digitized by Google

L'analyse du suc gastrique révèle une apepsie complète.

A = 0 C = 29 F = 277
H = 0 T = 306 α = 0

Je fis faire en même temps l'analyse de l'urine à jeun, qui indiqua une forte hypoacidité (2 44 au lieu de 4 55) avec densité exagérée (1.030) et phosphaturie (12 84 au lieu de 11 17) (Chiffres de M. Joulie).

Je fis chaque jour un massage addominal contre l'atonie du tube digestif, des piqûres d'huile phosphorée contre l'asthénie générale et je constatai rapidement une amélioration des symptômes gastriques Trois mois après, la malade avait regagné 18 livres, mangeait comme tout le monde et les lésions pulmonaires avaient presque complètement disparu. Aujourd'hui la malade est très bien portante. Il m'a été impossible de faire refaire de nouvelles analyses du suc gastrique, mais il est certain que son chimisme stomacal a dû s'améliorer, puisque la malade digère tout ce qu'elle veut.

Quant à l'acidité urinaire, elle s'est rapprochée de la normale, elle est à 3,36 le 16 juin.

4° Période terminale.

Les symptômes gastriques de cette période terminale sont caractérisés par une anorexie absolue, une langue rouge vif et souvent de la diarrhée due à la gastro-entérite. La gastrite a continué son évolution et abouti à l'hypopepsie et l'apepsie quelquefois complète. Cet état gastrique qui accompagne la maladie pulmonaire peut également, comme je l'ai dit au début de ce travail, coïncider avec la première ou la seconde période de la tuberculose. J'ai cité en effet, l'exemple de deux apeptiques ayant des lésions pulmonaires relativement peu avancées, mais dont la terminaison fut fatale, les fonctions glandulaires de l'estomac n'ayant pu se rétablir. Comme on l'a vu, la dilatation soignée par le massage s'améliore, l'appétit revient, la diarrhée de l'entérite peut même disparaître, le poids de la malade augmente etc., mais cette amélioration si considérable qu'elle soit a un terme et le tube digestif cessant à la longue de fonctionner, les lésions pulmonaires font des progrès rapides et l'issue fatale ne tarde pas à se produire.

Dans un certain nombre de cas, au contraire, la gastrite est encore peu avancée au moment de la période des cavernes. Les tuberculeux qui guérissent, même à cette période, et il y en a, ne le font que grâce à un estomac robuste ou qui peut le redevenir.

Lorsque cette troisième période pulmonaire coïncide avec la gastrite terminale, il est incontestable que la thérapeutique n'a plus grand chose à faire. On pourra soutenir les malades à l'aide de képhyr, de viande pulpée, de poudres alimentaires etc., mais un traitement actif, le massage en particulier, qui donne dans les autres périodes de si bons résultats n'est plus d'aucune utilité et peut même être nuisible, car, fait comme il devrait l'être pour agir sur la dilatation stomacale et l'atonie intestinale, il épuiserait les malades et ne ferait qu'activer leurs lésions pulmonaires et la cachexie.

Pour nous résumer, disons donc que :

1° Le pronostic de la tuberculose est en grande partie basée sur l'état des voies digestives ;

2° L'amélioration du chimisme stomacal coïncide avec l'amélioration des symptômes pulmonaires et la guérison de la tuberculose ne peut être obtenue et rester durable que si l'estomac fonctionne d'une façon régulière.

3° Le traitement des dyspepsies chez les tuberculeux par le massage, a les mêmes indications et contre indications que celles que j'ai décrites ailleurs pour les dyspepsies en général, c'est-à-dire qu'il est contre indiqué dans les cas d'hyperchlorydrie d'origine nerveuse et indiqué surtout dans l'hyperpepsie chloro organique qui accompagne si souvent ou précède le début de la tuberculose. Il fait disparaître les crises gastriques, si fréquentes dans cette forme, supprime les fermentations intestinales, en activant la digestion et régularise la circulation générale, pouvant amener, par ce moyen, la décongestion du sommet des poumons. La congestion de ces organes est, en effet, de même nature que celle de la muqueuse gastrique. C'est sur elle que vient se greffer la tuberculose qui n'est, dans la plupart des cas, que secondaire à ladite congestion. Le massage rend aussi de très grands services dans l'hypopepsie et l'apepsie. S'il ne rétablit pas toujours le fonctionnement régulier glandulaire, il agit d'une façon efficace sur l'élément moteur, faisant disparaître, pour un temps plus ou moins long, la dilatation et facilitant la besogne de l'intestin qui supplée au travail chimique incomplet de l'estomac. En outre de son action directe sur l'intestin et ses glandes, il régularise et augmente les sécrétions hépatique et pancréatique et amène la suppression de la diarrhée des tuberculeux, due dans la plupart des cas à l'atonie intestinale et au fonctionnement incomplet du foie et du pancréas.

Je n'ai dit, dans le courant de ce travail, que quelques mots, en passant, de l'acidité urinaire des tuberculeux. Je veux cependant exposer sur ce sujet des notions nouvelles qui font l'objet depuis quelque temps de recherches, que je compte compléter plus tard lorsqu'un plus grand nombre de cas m'auront permis d'en tirer les conclusions que j'entrevois, au point de vue de la pathogénie, du pronostic et du traitement de la tuberculose.

D'une façon générale je puis déjà affirmer que tous les tuberculeux ont des urines hypoacides. Cette hypoacidité doit toujours être recherchée sur l'urine émise à jeun. Elle est la preuve véritable d'une diminution des éléments acides normaux du sang (phosphate, acide de soude, acide carbonique, etc.) et d'autant plus prononcée que la maladie est plus grave et plus près de sa période terminale.

Parfois, au début surtout de la maladie, à la phase gastrique des fermentations de la dyspepsie chloro organique, l'acidité paraît se rapprocher de la normale, mais cette

Digitized by Google

fausse acidité disparaît vite par un traitement approprié : le massage abdominal, qui active la digestion, l'usage de l'acide phosphorique avant et pendant les repas et l'emploi d'un alcalin insoluble 1 à 2 heures après les repas.

Alors la véritable hypoacidité apparaît et même les urines peuvent devenir momentanément alcalines.

Quel est le rôle de cette hypoacidité ?

Je crois pouvoir, en matière de conclusions de ce travail, dire que :

1° Au point de vue *pathogénique*, je considère cette hypoacidité comme cause de la maladie par le mécanisme suivant : alimentation insuffisante en acide phosphorique et en phosphates assimilables (1), soit par un mauvais choix d'aliments, soit par anorexie, soit par travail incomplet de l'estomac ; hypoacidité consécutive, insolubilité des phosphates qui deviennent neutres, et phosphaturie — affaiblissement général et éclosion des bacilles sur un terrain devenu propice.

2° Au point de vue *pronostic* je pense que l'examen des urines peut donner de précieuses indications.

Lorsque l'acidité est basse et qu'il y a hypophosphatie, c'est-à-dire lorsque les phosphates ont été en grande partie éliminés, le pronostic est sérieux naturellement, l'état général étant très altéré. S'il se remonte par le traitement en même temps que l'état gastrique s'améliore, le pronostic est moins sombre. C'est ce qui se passe souvent aux premières périodes de la tuberculose; mais à la dernière, il est presque impossible de remonter, pour longtemps du moins, l'acidité, les malades ne supportant pas toujours la médication acide, ni une alimentation suffisante.

Les bons effets de la viande crue, à hautes doses, préconisés de tous temps et surtout dernièrement, sont dus à la quantité d'acide phosphorique et de phosphates assimilables qu'elle contient.

3° Au point de vue du traitement, j'ai déjà dit que l'examen des urines combiné, quand on le peut, à l'examen gastrique est indispensable pour faire un traitement raisonné.

L'hypoacidité sera combattue par des doses d'acide phosphorique officinal à 36.4 0/0, variant de 10 à 100 gouttes par jour, prises par fractions dans l'intervalle et au moment du repas dans de l'eau ou toute autre boisson. S'il est mal supporté, on peut le remplacer par le phosphate acide de chaux à la dose de 3 à 10 grammes en 24 heures.

L'hypophosphatie sera traitée par le phosphate de soude pris matin et soir à la dose de 2 à 5 grammes, ou en piqûres sous-cutanées.

Il faudra surveiller la densité urinaire qu'il est facile de régulariser en augmentant ou en diminuant les boissons.

J'ai dit plus haut que le massage abdominal active la digestion et par conséquent l'assimilation et peut contribuer pour une large part à remonter la nutrition générale et par conséquent l'acidité urinaire (1).

(1) Les phosphates, leurs fonctions dans les êtres vivants, par Jolly 1887.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La lèpre, envisagée au double point de vue de la contagion et du traitement

par le Dr Dom Sauton

La lèpre, à juste titre, devient une question d'actualité et la science accomplit une œuvre aussi laborieuse que bienfaisante, lorsqu'elle s'attaque aux préjugés universellement répandus, dont on enveloppe cette maladie, je veux dire :

Son extrême contagiosité,
Son incurabilité.

Le Dr Hansen de Bergen et le Dr Neisser de Breslau ont découvert, il y a quelque 25 ans, le bacille de la lèpre; on en a conclu immédiatement que la lèpre est contagieuse.

Cette conclusion ne sera scientifiquement établie que le jour où l'on sera parvenu à cultiver, à inoculer ce bacille; jusqu'alors les nombreuses tentatives que l'on a faites ont échoué.

Il nous faut auparavant mieux connaître l'histoire, la morphologie, les évolutions de ce bacille; les milieux nutritifs, la nature, le rôle de ses toxines; il nous faut auparavant mieux connaître ces conditions bio-chimiques particulières, qui constituent « la réceptivité »; et découvrir la porte d'entrée ouverte par celui qui est en état de réceptivité ; seulement alors on parlera de la contagion de la lèpre en connaissance de cause.

Il est admis maintenant que, si la présence du bacille confirme le diagnostic, son absence ne permet point de le nier, lorsque la clinique l'a nettement établi, car, à certains moments et selon des lois qui nous échappent, il disparaît, alors que la maladie continue à évoluer.

Le peu que nous savons du bacille de Hansen nous autorise-t-il à ériger en dogme que sa mise en liberté est un danger de contagion, de foyer épidémique? .... alors que de nos jours, on arrive à se demander si cette bactérie vit encore? le Dr Besnier la compare à un squelette et d'autres à une cartouche après son explosion....

Les cas formels de contagion sont rares, même très rares : ils se produisent chez des personnes offrant des érosions, lorsqu'elles pansent les plaies ou lavent les linges souillés et non désinfectés des lépreux, à forme tuberculeuse ulcérée.

Relativement à la contagion, on constate au contraire l'innocuité de la lèpre tropho-neurotique ou nerveuse, anesthésique.

On peut affirmer enfin que la lèpre est infiniment moins

(1) Communication faite à l'Association française pour l'avancement des sciences. — Congrès de Paris, août 1900.

Digitized by Google

contagieuse que la tuberculose et que tout danger de contamination a disparu, là où l'on applique les règles de l'asepsie, de l'antisepsie et de la désinfection par l'étuve à vapeur.

L'extrême contagiosité attribuée à la lèpre appartient à d'autres maladies : syphilis, dermatoses parasitaires.... que l'on confond souvent encore avec elle.

Un autre préjugé, c'est que la lèpre est incurable.

Quelque modestes que soient nos connaissances actuelles, ne nous est-il pas permis de poser des jalons et d'éclairer la voie conduisant à un traitement rationnel et scientifique de la lèpre ?

Le microbe, a-t-on dit, est générateur de la maladie; tuez le microbe et vous aurez atteint le but que se propose la thérapeutique.

« La médecine, dit le professeur Bouchard, n'est pas « devenue si simple : il nous faut, comme auparavant, con- « naître l'organisme humain et ses relations.... quand on « veut détruire l'agent infectieux, on risque de tuer et l'on « tue les cellules humaines, c'est-à-dire le malade avant de « tuer le microbe ou d'entraver sa pullulation. »

La microbiologie est l'une des branches de la médecine; toutefois l'art médical ne consiste pas uniquement à colorer, cultiver, inoculer des bacilles.... la clinique n'a perdu aucun de ses droits, et le bactériologiste ne saurait prétendre au rôle de médecin, s'il n'est point clinicien. Selon les paroles de notre distingué Président, le Professeur Landouzy, « c'est à l'hôpital, qu'aujourd'hui comme hier, « se rendent les arrêts de la thérapeutique et seuls les juge- « ments rendus au lit du malade, auront force de loi ».

La présence matérielle du bacille dans l'organisme humain ne suffit point à créer la maladie ; pour qu'il devienne pathogène, il faut qu'il rencontre un terrain favorable à la production de ses toxines, semblable au grain de blé qui ne germera que s'il trouve les conditions nécessaires à sa germination; ces conditions favorables dans l'organisme humain, nous les appelons « état de réceptivité ». On peut détruire le grain de blé et l'empêcher à coup sûr de germer; ce bacille de Hansen au contraire résiste aux agents de destruction, incompatibles avec la vie humaine. Quand nous serons parvenus à cultiver ce bacille, à l'inoculer aux animaux, peut-être aurons-nous le moyen d'enrayer la lèpre?.... En attendant, la thérapeutique s'avouera-t-elle impuissante? Non, assurément.

Ne doit-elle pas espérer modifier la réceptivité, la supprimer et réduire ainsi l'action du bacille à néant? Comment ? — Par l'hygiène, l'asepsie et l'antisepsie. D'ailleurs, n'est-ce point là ce que nous faisons pour la tuberculose?

Il est un fait d'expérience, c'est que la brusque apparition d'une maladie aiguë, chez un individu, se substitue à celle qui existait auparavant, au point de la faire disparaître et celle-ci ne reprend ses droits, que si sa durée habituelle est plus longue que celle de l'affection intercurrente.

N'est-ce point là une explication plausible et rationnelle des succès obtenus de nos jours par la sérothérapie et les inoculations de virus atténués, dans les maladies aiguës?

Dans l'état actuel de nos connaissances, que l'on accepte, ou non, la théorie des phagocytes, nous constatons qu'une maladie intercurrente, fortuite ou provoquée, modifie brusquement le terrain de culture, la réceptivité; si son action se prolonge au-delà de l'évolution pathologique qu'elle a momentanément enrayée, il y aura guérison; dans le cas contraire, la maladie primitive réapparaîtra lorsque la seconde se sera éteinte.

Voilà pourquoi la thérapeutique se servira d'armes très différentes, selon que la maladie, contre laquelle elle lutte, est localisée ou généralisée, à marche aiguë ou à évolution chronique.

Sous l'influence d'une maladie aiguë, fortuite ou provoquée, les processus pathologiques à évolution lente s'arrêteront momentanément, pour recevoir ensuite une impulsion nouvelle; c'est ainsi qu'ont agi les injections sérothérapiques chez les lépreux ; elles ont produit une amélioration et lorsque leur action s'est épuisée, la lèpre a repris sa marche.

L'expérience, en parfaite harmonie avec la théorie que je viens de formuler, prouve que la thérapeutique n'est pas désarmée en face de la lèpre, lorsque les ravages ne sont point trop avancés, à tel point qu'un climat sain, une bonne alimentation et la propreté suffisent à amener des rémissions, de 2, 5, 10, 20 années, équivalant à une guérison.

Ne peut-on pas dire que l'hygiène et l'asepsie ont aboli la réceptivité ?

Ces cas sont plus fréquents qu'on ne le croit ordinairement, il faut le proclamer bien haut ;et j'ai vu de nombreux condamnés à une réclusion définitive, alors que, depuis 10 et 20 années, ils n'offrent plus aucun signe de cette maladie ; ils n'en conservent que les cicatrices indélébiles !

A-t on le droit de les séquestrer ainsi ? — Jamais.

Mais, direz-vous, sont-ils définitivement guéris?

Nous déclarons qu'un individu est guéri, lorsque la maladie ne se traduit plus par aucun de ses symptômes.

Il ne faut point confondre la guérison avec l'immunité ; il ne faut pas davantage la subordonner à la réparation des ravages qu'elle a produits : une brûlure, la variole... laisseront des cicatrices ; ceux qu'elles avaient atteints, n'en sont pas moins guéris.

Nous pouvons donc aujourd'hui et nous devons traiter la lèpre d'une manière rationnelle et scientifique, en modifiant le terrain de culture, cet état particulier de réceptivité et cela par l'application des règles suivantes :

1° Conseiller le séjour dans des pays indemnes de lèpre.

2° Choisir de préférence l'air salubre des montagnes.

3° Eviter le voisinage de la mer, dont l'action serait néfaste dans les nombreuses formes tropho-neurotiques.

4° User d'une alimentation saine et reconstituante, en évitant le gibier, les salaisons, les poissons de mer, l'alcool....

Digitized by Google

5° Réaliser l'asepsie gastrique et intestinale.

6° Prendre de grands soins de propreté : lavages, bains, irrigation des muqueuses accessibles.

7° Panser les plaies selon les règles de l'asepsie, de l'antisepsie; désinfecter les linges par l'étuve à vapeur.

8° Favoriser toutes les fonctions par un exercice physique et modéré.

9° Relever l'état général par des injections de sérum artificiel stérilisé.

10° Recourir à des injections de substances capables de stériliser les tissus vivants : acide phénique, sublimé, etc..,

Telle doit-être, me semble-t-il, la *thérapeutique générale* de la lèpre, en tant que maladie.

Quant au traitement *des accidents*, il variera selon leur nature, leur localisation et les formes de la maladie; ainsi le galvano-cautère détruira, dans la mesure possible, les lépromes cutanés, oculaires... l'antipyrine, la phénacétine... calmeront les douleurs; l'huile de Chaulmoogra, le Hoang-Nan, l'acide gynocardique, l'ichthyol, l'airol, le pétrole, le pyrogallol, la résorcine, l'ergot de seigle, le sulfate de quinine.... les antispasmodiques.... l'électricité serviront à combattre les accidents et compléteront le traitement général de la lèpre....

N'oublions pas enfin l'heureuse et salutaire influence du moral sur le physique; plus que tout autre, l'infortuné lépreux a besoin d'une parole qui relève son courage et fasse luire à ses yeux un rayon de lumière et d'espérance.

Que désormais, ainsi que j'en ai obtenu le vœu au Congrès international d'Assistance publique et de Bienfaisance privée, le lépreux soit traité comme *un malade* et non plus en paria (1).

Consultation Thérapeutique

Traitement de l'arthrite alveolo dentaire infectieuse

Cette affection, décrite pour la première fois par Fauchard et qui depuis a reçu tant de noms différents, se distingue essentiellement des autres maladies des gencives et des dents. Elle est caractérisée surtout par la nature de ses lésions qui s'étendent à tous les tissus péridentaires, sa marche progressive et la gravité de son pronostic. Parasitaire et infectieuse, non seulement elle est inoculable, en ce sens que, localisée d'abord autour d'une dent, elle peut gagner peu à peu toutes les dents de la bouche, mais elle est aussi transmissible par contagion d'une bouche à une autre.

Nullement liée à la carie dentaire, elle semble due à l'action simultanée de plusieurs micro-organismes. Mais on doit regarder comme nécessaire à son éclosion le décollement ou quelque lésion préexistante de la gencive, produits le plus souvent par le tartre.

Certains états généraux : rhumatisme, goutte, diabète, etc., constituent un terrain éminemment favorable à l'éclosion de cette maladie, en diminuant la résistance vitale des tissus. Pour quelques praticiens, la gingivite arthro-dentaire peut rester pendant longtemps la manifestation première et isolée de la goutte et du diabète.

Au point de vue du traitement, on peut considérer à cette affection trois degrès, qui ne sont que des étapes successives, mesurant la gravité des désordres.

1er degré, — Léger décollement de la gencive, présentant d'abord un liseré grisâtre d'un millimètre environ, par suite d'une sorte de gangrène moléculaire, puis une bande livide, congestionnée, dont l'étendue mesure celle du décollement. A la pression, surtout au réveil le matin, on constate un léger suintement purulent. Celui-ci est moins apparent dans le courant de la journée, par suite du massage qu'exerce la mastication sur les gencives. Etat indolore. Lésion localisée à une ou plusieurs dents. Autour de celle-ci, toujoursu ne collerette de tartre plus ou moins abondante.

Traitement. — Faire un nettoyage de bouche minutieux, en enlevant toute parcelle de tartre et toucher ensuite tous les points malades avec un caustique : acide phénique, acide chromique, mais de préférence avec le cautère.

Prescrire au malade de faire journellement :

a) Le matin, un savonnage de dents avec la brosse, suivi d'un lavage avec une eau antiseptique : solution de chloral à 2 0/0, d'acide thymique à 0,75 p. 1.000, de préférence chaude, puis une application avec une mèche de coton imbibée de la solution suivante :

Acide phénique	1 gr. 50
Glycerine	5 —
Eau distillée	10 —

Il faut enrouler la mèche autour d'un stylet et introduire le médicament jusqu'au fond du décollement.

b) Après chaque repas, renouveler les lavages antiseptiques.

c) Le soir, au moment du coucher, et après une nouvelle toilette de la bouche, appliquer sur le bord des gencives un peu du mélange suivant :

Borate de soude	10 gr.
Salol	5 —
Saccharine	0 — 10 cent.

d) Instituer un traitement général, approprié à la constitution du malade.

2e degré. — Le décollement de la gencive est beaucoup plus accentué. Il peut atteindre la moitié de la hauteur de la racine. Il affecte souvent une forme particulière, celle d'un V renversé. Dans ce cas, le décollement ne contourne pas entièrement la dent.

La gencive est congestionnée, livide, parfois sensible à la pression; elle saigne facilement. La dent est un peu mobile et paraît allongée. Le bord alvéolaire est résorbé dans la partie décollée. Le ligament alvéolo-

(1) XIIIe congrès international de médecine.

Digitized by Google

dentaire est à ce niveau détruit, et souvent remplacé par des fongosités. La suppuration est abondante ; mais le pus est retenu dans le cul de sac formé par le décollement de la gencive. Il n'y a plus d'adhérence possible pour celle-ci. En général, les lésions sont localisées à plusieurs dents, mais à des degrés différents.

Traitement. — On peut encore à ce moment arrêter les progrès de l'affection, mais non réparer les lésions qu'elle a produites.

a) Nettoyage minutieux : le tartre parfois très abondant et surtout très adhérent ne pourra souvent être enlevé qu'en deux ou trois séances. Laisser la bouche se reposer 48 heures entre chaque séance, et prescrire pendant ce temps des lavages antiseptiques.

b) Cautérisation énergique avec la pointe du thermo ou de l'électro cautère, dans le but de détruire entièrement les culs de sac formés par le décollement de la gencive.

c) Pendant huit jours seulement, matin et soir toucher les gencives malades avec un coton imbibé d'eau oxygénée à douze volumes.

d) Après cette période recourir de nouveau aux cautérisations pour tous les points malades où l'on constate encore de la suppuration.

e) Instituer alors le traitement du premier degré : lavages antiseptiques, application de la solution phéniquée. Traitement général.

f) Il faut revoir le malade, d'abord tous les mois, puis tous les trois ou six mois.

3e Degré. — Tous les tissus péridentaires sont atteints : la gencive livide est entièrement décollée ; un stylet introduit le long de la racine pénètre jusqu'à son extrémité. Parfois la gencive a disparu, et la racine est à nu dans presque toute son étendue. Le bord alvéolaire est résorbé ; les ligaments qui soutenaient les dents sont détruits et remplacés par des fongosités qui souvent retiennent seules la dent en place. Le cément lui même est tantôt hypertrophié et recouvert de ces mêmes fongosités, tantôt résorbé au point que la racine a presque disparu.

La dent est mobile, allongée, une suppuration abondante entoure la racine. Pour arriver à cet état, il y a eu souvent des poussées inflammatoires aiguës, très douloureuses, d'une durée de trois à quatre jours. Pendant ces crises, le gonflement de la gencive, l'ébranlement de la dent sont plus accentués, la suppuration plus abondante. Mais le plus souvent il n'existe qu'un sentiment de pesanteur et d'agacement, surtout sous l'influence du froid ou au moment des règles.

Traitement. — Si la dent n'a qu'une racine ou si toutes les racines sont atteintes au même degré, il n'y a plus qu'à enlever la dent.

Si les racines sont multiples, qu'une seule soit atteinte dans toute son étendue, on peut espérer conserver la dent en détruisant tous les foyers de suppuration par des cautérisations au fer rouge. Lorsque tous les clapiers ont disparu, on voit les tissus se resserrer autour de la dent et lui donner une certaine solidité qui permet au malade de s'en servir.

En général, quelque satisfaisant que soit le résultat obtenu à la suite du traitement indiqué, le praticien doit se souvenir que l'arthrite alvéolo-dentaire infectieuse peut réapparaître sous l'influence du moindre désordre de l'organisme, ou d'une négligence dans les soins quotidiens de la bouche ; qu'il faut donc soumettre les malades à une surveillance sérieuse et à une hygiène des plus minutieuses. — Dr Bruneau, *dentiste des hôpitaux.*

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Injection à employer contre la tuberculose :

Gaïacol	20 grammes
Eucalyptol	10 —
Sulfate de spartéine	1 —
Huile d'amandes douces	Q. S. pour 200 cc.

On injecte d'abord, sous la peau, 1/2 centimètre cube de cette solution et on porte ensuite graduellement la dose à 5 et 7 centimètres cubes. L'injection peut être renouvelée tous les deux ou trois jours, sans crainte de phénomènes d'intolérance. On peut même introduire l'ergotine dans la formule des injections pour prévenir les hémoptysies.

(Laborde, *Soc. de biologie*, 16 juin 1900.)

Pilules contre le goitre exophtalmique (M. Watkins) :

Picrotoxine	0 gr. 002
Extrait aqueux d'ergot de seigle	0 — 10

Melez : Pour une pilule. — Prendre 3 pilules semblables par jour.

Voici une autre formule due à M. Winternitz :

Ergotine }	àà 5 grammes
Sulfate de quinine }	

Mêlez : Pour 50 pilules. — Prendre 3 ou 4 pilules par jour.

L'oléate de mercure et l'acide borique contre la teigne tondante (Payne).

M. Payne préconise le traitement suivant contre la teigne tondante :

Chaque jour on frictionne le cuir chevelu avec une éponge imprégnée d'oléate de mercure (5%) sans enlever le dépôt qui s'est formé lors d'une friction antérieure. Au bout de 15 jours, on enlève les croutes et on fait une application avec la pommade suivante :

Acide borique	3 parties
Vaseline	10 —
Paraffine	5 —

S'il subsiste encore quelques cheveux brisés, on recommence les onctions à l'oléate de mercure. Quand survient la salivation, il faut interrompre le traitement. Celui-ci n'est pas contre-indiqué dans les cas où s'établit une suppuration superficielle du cuir chevelu. A. G.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'allaitement artificiel

M. JACOBI (New-York). — Les analyses du lait humain ont donné des résultats différents ou contradictoires. Les unes y indiquent des modifications pour les différentes périodes de la lactation, les autres n'en indiquent pas; de même on a admis ou approximativement apprécié les changements apportés par la menstruation, par l'alimentation, par la maladie ; on les a rarement mesurés. On n'a pas suffisamment élucidé la nature simple où composée de la substance protéïque. Si ce lait posséde en outre une qualité essentielle et vitale, la chimie ne l'a pas encore reconnue. C'est pourquoi, devant cette incertitude, on a indiqué tant de moyens différents pour remplacer le lait humain, et que des chimistes ou même de célèbres cliniciens ont expérimenté tant de produits commerciaux. Si le lait de femme était un corps toujours identique, on serait en droit de rechercher une substance exactement équivalente. Mais la nature est plus libérale que les chimistes et diversifie davantage ses produits. Le lait est quelquefois amélioré, quelquefois détérioré par la chaleur. Exposés dix ou quinze minutes à la température de 68° à 70°, le B. coli et le B. lactis aerogenes sont détruits; exposés plus longtemps à la chaleur, les germes pathogènes sont tués; à 80°, l'albumine se coagule, l'odeur et la saveur du lait sont modifiées; même à 70°, la caséïne est modifiée, de sorte que sa valeur marchande est diminuée. L'ébullition fait déposer une partie de l'albumine, détruit la lécithine, altère chimiquement et physiquement les substances grasses. L'ébullition prolongée exagère encore les transformations de la caséïne et des nucléïnes. Pour détruire les spores résistantes, il faut maintenir une température élevée pendant quelques heures; d'ailleurs, leur nocivité n'est pas complètement démontrée.

Bouilli, stérilisé ou pasteurisé, le lait de vache ne reproduit jamais le lait humain; sans être un agent curatif, il présente le grand avantage de ne contenir ni ferment, ni germe pathogène; c'est pourquoi il devient indispensable dans les grandes villes et pendant certaines épidémies, enfin chaque fois qu'il est impossible de se procurer du lait frais et pur. Lorsqu'il constitue exclusivement l'alimentation d'un enfant, le lait de vache, coupé ou non d'eau, est susceptible de déterminer la constipation, la diarrhée, le rachitisme ou le scorbut. Pour réaliser l'action antibactérienne, la chaleur doit être suivie d'un refroidissement rapide, mais non de la congélation. Dans l'allaitement artificiel, surtout pour le nouveau-né, la composition hétérogène du lait de vache rend nécessaire la dilution de ce lait. Et même les enfants nourris au sein, lorsque le lait maternel n'est pas suffisant, doivent recevoir de l'eau, pour prévenir la perte de poids, la néphrite et la lithiase rénale, ces deux affections étant fréquentes, surtout la néphrite. L'ingestion de grandes quantités de liquide ne diminue pas la motilité de l'estomac, et ne provoque pas la dilatation de l'organe, d'abord parce que l'enfant normal n'est pas glouton, et aussi parce que l'absorption suit immédiatement l'ingestion. La digestion de la caséïne du lait de femme est aussi facile ou moins facile, selon les observateurs, que celle de la caséïne du lait de vache. Quand le lait de vache est dilué avec une décoction de céréales, la caséïne se précipite en flocons finement divisés; mais certains auteurs soutiennent que les céréales n'ont pas plus d'effet que l'eau. Et cependant ces mêmes auteurs pensent que la dilution hydrique du lait de vache est nécessaire. Cette contradiction est écartée pour ceux qui recommandent l'usage des farines dextrinées pour le coupage du lait de vache. La quantité de substances amylacées, que contiennent les céréales, a été par erreur considérée comme non digestible, malgré les nombreuses expériences qui ont prouvé le contraire. Les décoctions de céréales conviennent pour diluer l'excès de caséïne du lait de vache. Le lactose est partiellement absorbé dans l'estomac, partiellement dans l'intestin, partiellement transformé en acide lactique; il est nécessaire à la digestion, et est antiseptique. Mais il est impossible d'en donner une quantité équivalente dans ses effets à ceux que produisent les farineux. En outre, les peptones du lait se détruisent par la fermentation acide. C'est pourquoi le sucre de lait ne doit pas être donné en grande quantité, mais les autres hydrates de carbone peuvent le remplacer. On doit se servir du sucre de canne, car le lait de vache, qui constitue l'allaitement artificiel, contient assez de lactose pour la digestion. En outre, il existe dans l'intestin de l'enfant un ferment qui transforme le sucre de canne et le rend absorbable; et enfin tous les hydrates de carbone ont le même pouvoir de préserver l'albumine de la putréfaction.

La graisse est ajoutée au lait de vache dans le but d'augmenter ses propriétés nutritives (en empêchant la perte de la graisse et de l'albumine dans les tissus) et de diviser la caséïne en particules minimes.

Il faut se souvenir cependant que même le lait de femme contient souvent assez de graisse pour causer de la diarrhée, que les selles normales de l'enfant contiennent de la graisse pure en quantité considérable. Les globules de graisse du lait de vache sont plus grands, moins abondants et moins absorbables que ceux du lait de femme; ces deux variétés de graisse ne sont pas chimiquement semblables. Enfin, quand l'enfant est nourri au lait de vache, les urines contiennent souvent de l'ammoniaque, et l'intestin des substances toxiques.

Digitized by Google

Les substances minérales sont différentes dans le lait de vache et dans le lait de femme. L'addition de chlorure de sodium au lait de vache est requise par des raisons physiologiques et chimiques.

Il est préférable de préparer soi-même le lait, dans l'allaitement artificiel plutôt que de l'acheter dans le commerce. En effet, la séparation et la reconstitution des parties constituantes du lait de vache par des moyens mécaniques est un procédé d'une valeur douteuse. L'expérience du médecin et du public valent en général au moins autant que les théories émanées des laboratoires ou développées dans la littérature médicale, qui ne reposent que sur des faits sans jugement.

M O. HEUBNER (de Berlin). — On ne peut établir scientifiquement un procédé d'alimentation artificielle des nourrissons que par l'étude du nourrisson sain et né à terme, et non par celle du nourrisson malade. De même que l'on ne pourrait se baser sur la diète d'un malade pour régler le régime d'un ouvrier sain, de même on ne peut conclure d'échecs ou de succès obtenus sur des enfants dyspeptiques, à la meilleure manière d'alimenter le nourrisson normal. C'est pourquoi nous ne possédons pas une somme relativement importante de documents, qui puissent scientifiquement servir à établir la méthode la plus rationnelle d'alimentation artificielle. Chaque année des centaines de mille d'enfants sont nourris artificiellement avec succès pendant leur première année : et pourtant les observations poursuivies longtemps, de manière à nous renseigner sur le mode qualitatif et quantitatif de l'alimentation artificielle quotidienne d'enfants dont la croissance s'est bien effectuée, ne sont pas aussi exactes que celles qui concernent l'allaitement maternel. Voilà pourquoi nous trouvons sur cette question plus d'idées théoriques que de faits probants.

Mais, de tout temps, le bon sens des nourrices a compris que rien ne pouvait mieux remplacer le lait de femme que le lait animal, ce que confirme l'analyse chimique. Celle-ci montre, en effet, que le lait de nos animaux domestiques, surtout de la vache et de la chèvre (du moins en ce qui concerne les principes nutritifs), ne diffèrent pas plus du lait de femme que les diverses sortes de viande ne diffèrent entre elles : ainsi en est-il des viandes de porc et de bœuf, que l'enfant comme l'adulte mange cependant alternativement ou successivement. Leur valeur nutritive générale, leur énergie potentielle sont dans les deux cas à peu près les mêmes (650 à 700 calories par litre).

L'intestin du nourrisson sain est capable de digérer le lait de vache tout aussi bien que le lait de femme Seulement, le travail digestif est plus grand dans le premier cas que dans le deuxième, car les grosses molécules protéiques exigent un effort digestif plus considérable que les petites molécules hydrocarbonées; or, la composition du lait de vache est surtout riche en molécules protéiques, celle du lait de femme en molécules hydrocarbonées. Il en résulte qu'une plus grande quantité de résidus reste dans les intestins après la digestion du lait animal qu'après celle du lait de femme. Mais toutes les recherches faites jusqu'ici sur les échanges organiques du nourrisson démontrent que celui-ci est parfaitement capable de trouver la ration d'entretien nécessaire dans le lait de vache, pourvu qu'il en absorbe la quantité équivalente à celle que lui livrerait le sein maternel au temps correspondant du développement. Naturellement, cette quantité varie entre certaines limites physiologiques.

L'allaitement artificiel doit ne pas dépasser cette juste mesure du dosage quotidien exact du lait animal, coupé ou non, mêlé ou non avec tel ou tel ingrédient.

C'est d'abord la détermination de règles exactes qui présente les plus grandes difficultés de l'alimentation artificielle.

D'autres difficultés de l'alimentation artificielle proviennent des dangers d'infection et de décomposition, auxquels le lait animal se trouve exposé avant son ingestion même; le lait maternel est prémuni contre ces dangers. On n'a appris à les éviter dans l'allaitement artificiel, que depuis que l'on a compris l'insuffisance de la propreté macroscopique et la nécessité de l'asepsie. En cette matière, la fabrication du lait stérilisé constitue le plus grand progrès du siècle. Pour réaliser cette condition d'une manière satisfaisante on n'a pas besoin de chauffer le lait une demi-heure à 100 degrés; il suffit de le faire bouillir pendant cinq minutes, dix au plus. Et même un lait chauffé pendant vingt-cinq minutes à 65 degrés paraît subir une stérilisation parfaite sans présenter les modifications fâcheuses de sa saveur et de sa valeur nutritive (Forster).

Si nous avons à nourrir artificiellement un nourrisson dyspeptique, c'est une tout autre affaire. Ici, le pouvoir digestif de l'intestin est troublé, ainsi que les modifications régulières des substances nutritives. C'est pourquoi l'énergie, acquise par l'élaboration des mêmes ingesta, est plus faible qu'à l'état normal. D'après des recherches des dernières années, ce n'est pas la protéine qui semble présenter les plus grandes difficultés, comme on le croyait il y a peu de temps, mais la graisse du lait. Au reste, ce fait est conforme à ce qu'ont montré les travaux analogues poursuivis chez l'adulte. Mais la trop grande proportion de matières azotées dans le lait peut également devenir dangereuse; et même le sucre, s'il n'est pas parfaitement brûlé, peut porter obstacle aux bons effets de l'alimentation.

Maintenant, le régime doit chercher à atteindre le but par une voie indirecte. On doit diminuer la quantité de graisse et de substances protéiques du lait en le diluant au tiers avec de l'eau bouillie; si, pour compenser la diminution énergique ainsi réalisée, augmenter la quantité de sucre jusqu'à ce qu'elle corresponde à celle du lait maternel (7 pour 100). Outre cela, on peut encore enrichir le lait moins concentré que le lait naturel par un autre hydrate de carbone. Dans ce but, la soupe à la farine de biscotte est bien préférable à la simple farine (d'orge, ou de froment, ou d'avoine, ou de riz).

Digitized by Google

De plus, on peut essayer de faciliter la digestion des substances azotées par une digestion artificielle préalable (lait peptonisé, lait de Voltmer, de Backhaus et autres en Allemagne).

D'autres médecins préfèrent diminuer seulement la quantité de substances protéiques du lait, tandis qu'ils cherchent à conserver la quantité originelle de graisse, en centrifugeant le lait dilué, de manière à obtenir 1 pour 100 de caséine, et 3 pour 100 de graisse (Gœrtner's Fettmilch) ou, en ajoutant des quantités exactement mesurées de crème au lait dilué (mélanges de Bredert) ou au petit lait (Monti),

Enfin, on a aussi remplacé avec succès le sucre de lait par un autre sucre plus parfaitement brûlé par les tissus de l'organisme, la maltose (Liebig's Suppe, Keller's Malzuppe).

Voilà les principes les plus importants, qu'on a le plus souvent appliqués jusqu'ici pour la préparation des laits artificiels pour nourrissons débilités et malades.

On réussit avec l'une ou l'autre des méthodes indiquées, mais en tâtonnant ; nous n'avons pas encore dépassé ce stade d'action thérapeutique. Si toutes donnent des échecs, c'est toujours au lait maternel qu'on revient ; il est encore supérieur à tous les procédés d'alimentation artificielle, lorsqu'il s'agit d'une maladie grave.

M MONTI (de Vienne). — Les méthodes d'alimentation artificielle des nourrissons employées jusqu'aujourd'hui ne sont pas susceptibles de remplacer l'alimentation au lait de femme. Toutes les méthodes connues d'alimentation artificielle ont tâché de faire disparaître les différences entre le lait de femme et celui de vache en ne visant que l'une ou l'autre de ces différences, mais aucun des procédés n'a eu en vue la composition totale de la nourriture d'une façon uniforme. Une méthode d'alimentation artificielle équivalente à l'alimentation au lait de femme doit viser toutes les différences entre le lait de vache et celui de femme. Le lait de vache employé pour l'alimentation artificielle doit être rapproché autant que posssible de la composition du lait de femme. Dans ce but il faut prendre en considération les points suivants :

L'acidité de la nourriture artificielle doit être la même que celle du lait de femme. Dans toutes les méthodes d'alimentation artificielle, on peut abaisser l'acidité du lait de vache jusqu'à celle du lait de femme par l'addition de carbonate de potasse.

La coagulation de la nourriture artificielle par l'action de la présure doit avoir lieu dans le même délai et de la même manière que celle du lait de femme. Dans ce but, on mêle des quantités égales de lait de vache et de petit-lait et on abaisse l'acidité du mélange par du carbonate de potasse.

Les matières albuminoïdes doivent se comporter dans le lait de vache de la même façon que dans le lait de femme. Dans ce but, on réduit par le coupage la quantité de caséine et celles des matières albuminoïdes solubles du lait de vache à celle du lait de femme et on tâche d'établir la même proportion entre la caséine et l'albumine soluble que dans le lait de femme. Ce but ne peut pas être atteint par les méthodes ordinaires et ne peut être obtenu que par le coupage du lait de vache avec du petit-lait.

La caséine du lait de vache se comporte vis-à-vis d'acides et de sels autrement que celle du lait de femme. Cette différence disparaît lorsqu'on ajoute une quantité suffisante d'albumine soluble et d'alcali. Cela peut être obtenu en partie par le coupage avec du petit-lait, tandis que les autres méthodes n'exercent aucune action à ce point de vue. D'après mes expériences de digestion, l'utilisation des albumines dans le mélange de lait et de petit-lait est presque égale à celle du lait de femme.

La quantité de graisse doit être la même dans le lait de vache que dans celui de femme. Par le simple coupage à l'eau la quantité de graisse est diminuée et la proportion entre les graisses et les albumines nécessaire pour la digestion devient encore plus défavorable. L'addition d'une quantité proportielle de graisse de lait de vache contient relativement beaucoup d'acides gras volatils (vers 70 pour 100) et relativement peu d'acides gras non volatils (vers 0,3 à 0,4 pour 100). C'est pourquoi le nourrisson ne peut pas utiliser les graisses du lait de vache de la même manière que celles du lait de femme ; cette graisse ajoutée passe en majeure partie dans les selles sans être digérée et donne lieu par son séjour prolongé dans l'intestin à des auto-intoxications par des acides gras. Encore est-il que la graisse retirée du lait de vache par l'action centrifuge présente des altérations mécaniques et n'a plus des gouttes de graisse si fines que le lait de femme. Dans le coupage de lait avec du petit lait, on peut préparer un mélange qui contient 2 pour 100 de graisse et qui suffit complètement pour l'alimentation artificielle.

La quantité de sucre étant moindre dans le lait de vache que dans celui de femme, il faut l'augmenter. Par le coupage du lait avec de l'eau, la nourriture devient encore plus pauvre en sucre. L'addition de solutions concentrées de sucre n'est pas convenable. Dans le coupage du lait avec du petit-lait, la quantité du sucre dans la nourriture s'approche le plus de celle du lait de femme et suffit complètement.

La quantité supérieure de sels contenus dans le lait de vache ne peut être changée par aucun procédé. Mais cet inconvénient n'est pas nuisible.

Il faut rendre innocents les germes contenus dans le lait de vache. La stérilisation à 100 degrés altère le lait et peut être préjudiciable au nourrisson. Il en est de même avec l'échauffement pendant trois quarts d'heure. La stérilisation du lait sans altération de sa qualité chimique ne peut être obtenue que par l'échauffement à 60 degrés pendant 10 minutes et la conservation à une température de 6 degrés.

Enfin, il faut tâcher d'administrer au nourrisson chaque

Digitized by Google

jour la même quantité de caséine, d'albumine soluble, de graisse et de sels que dans l'alimentation artificielle, le coupage du lait de vache avec le petit-lait remplit le mieux ces desiderata.

M. Alex. JOHANNESSEN, professeur à l'Université de Christiania. — Pour stériliser complètement le lait par l'ébullition, à la pression ordinaire, il est nécessaire que la cuisson dure plusieurs heures. Mais à la suite le lait présente de telles modifications. qu'il ne peut plus être employé à l'alimentation des nourrissons.

Les autres méthodes de stérilisation, ou bien ont une influence aussi mauvaise sur le lait, ou bien, comme par exemple, la stérilisation fractionnée, appelée stérilisation de Tyndall qui n'altère pas le lait, sont inapplicables en pratique.

Lorsque l'on fait bouillir le lait quelque temps au bain-marie, dans de petites bouteilles, où la température dépasse à peine 90° C., on arrive bien à détruire les bactéries pathogènes proprement dites, attendu qu'elles ne résistent pas à un chauffage de 70° C. prolongé pendant 10 minutes. Mais il est d'autres bactéries dont les spores ne sont pas tuées. Celles-ci au bout de plus ou moins de temps vont continuer à se développer et vont déterminer dans le lait des modifications pouvant entraîner la formation de toxines qui ne sont pas sans danger pour l'enfant.

Même en employant certains procédés de chauffage, il est vraisemblable que le lait doit subir des modifications chimiques qui ne peuvent pas être sans importance pour la santé de l'enfant.

Pour toutes ces raisons, il est vraisemblable que la meilleure méthode de traiter le lait est la pasteurisation à une température d'environ 70° C. Par ce moyen, les bactéries pathogènes sont détruites sans qu'il en résulte des modifications dans la composition chimique du lait.

Le manque de soins apporté dans le traitement du lait influe sur sa conservation. Un lait qui par suite des impuretés ainsi introduites présente des altérations dans sa composition chimique, n'est pas amélioré par l'ébullition, pas davantage qu'un lait falsifié, ou provenant de vaches mal nourries ne peut devenir un bon aliment.

Le moyen rationnel de donner le lait aux nourrissons serait d'obtenir par les commissions d'hygiène le contrôle des animaux et des premiers soins donnés au lait dans le but d'avoir un lait contenant dès le début le minimum de germes possible.

A cela il faudrait ajouter la pasteurisation, en s'efforçant d'employer la plus basse température possible. A la suite de la pasteurisation, le lait doit être exposé à une température inférieure à 18° et consommé dans les 12 heures, suivant la proposition de Flügge.

Le lait de commerce est en général un mélange de laits de provenances différentes. Au point de vue de sa composition chimique, c'est un produit plus fixe que le lait de femme, soumis à de grandes variations, tant sous le rapport de la sécrétion quotidienne que sous celui des différentes époques de la lactation.

En employant le lait de vache dans l'alimentation du nourrisson, on s'éloigne des conditions physiologiques du nourrisson au sein, puisque la nourriture reste toujours identique, et c'est là un point qui mérite attention.

M. *VARIOT* (de Paris). — L'adduction et le transport du lait frais dans les grandes villes ne permettent que difficilement d'éviter les fermentations et les altérations nuisibles. Malgré les mesures de polices, les fraudes et les sophistications commerciales ne sont que trop fréquentes. Tous les laits impurs stérilisés tardivement sont impropres à l'allaitement artificiel. Dans les grandes cités, il paraît avantageux d'importer le lait destiné aux jeunes enfants, après qu'il a été stérilisé sur place au centre même de sa production. La stérilisation industrielle se fait en grand dans les usines pourvues d'outillages spéciaux plus ou moins compliqués. Un des meilleurs procédés consiste à porter à 115° le lait embouteillé dans des flacons de faible capacité (1/2 ou 1/4 de litre); les flacons sont hermétiquement fermés avec des bouchons de liège paraffiné et le lait se conserve sans inconvénient 15 jours et plus. La faible capacité des flacons et leur fermeture hermétique préviennent toute tentative de fraude; le lait reste pratiquement stérile après que les prélèvements ont été faits pour changer les biberons, pourvu qu'on replace les bouchons dans l'intervalle des prises de lait.

Le lait stérilisé industriellement est très maniable en grand. Au dispensaire de Belleville nous faisons distribuer 150 litres de ce lait par jour aux enfants nécessiteux ; une pareille distribution serait très difficile avec des appareils du type Soxhlet à cause du nombre infini des flacons. Dans l'espace de quatre années nous avons pu faire distribuer 160.000 litres de ce lait à plus 800 nourrissons qui ont été pesés et inspectés par nous chaque semaine. Nous croyons donc être en mesure de fournir des indications utiles sur les avantages et les inconvénients de ce lait dans l'allaitement artificiel.

Nos conclusions sont les suivantes :

1° Le lait stérilisé industriellement, manié dans des biberons gradués suivant l'âge ou suivant le poids des enfants, présente les mêmes avantages que le lait frais recueilli à la campagne et stérilisé avec des appareils du type Soxhlet ;

2° Il est démontré que la plupart des nourrissons supportent le lait pur à partir de deux ou trois mois. L'excès des principes protéiques semble moins nuisible qu'on ne le pense généralement. Dans les premiers mois, il nous a suffi de couper le lait d'un tiers ou d'un quart d'eau bouillie, avec addition d'un peu de sucre en poudre;

3° Non seulement les enfants sains ont été allaités avec succès, mais nous avons réussi à élever plus de trois cents enfants présentant des atrophies pondérales plus ou moins marquées;

Digitized by Google

4° Sur plus de 800 nourrissons, nous n'avons pas relevé un seul cas de maladie de Barlow ; le rachitisme est très exceptionnel ; par contre, il n'est pas rare de noter une constipation rebelle et une anémie notable.

CLINIQUE MÉDICALE

Causes des infections généralisées dans la blennorragie

par M. le Dr F. Balzer

L'infection blennorragique générale est causée par le virus de la blennorragie, gonocoque et toxines, qui pénètre dans la circulation. Cette infection se manifeste par des symptômes généraux et par des localisations nouvelles de la blennorragie, quelquefois par de véritables pyémies analogues à celles que peuvent causer les microbes pyogènes. Ces microbes peuvent, du reste, se trouver associés ou surajoutés au gonocoque dans l'infection généralisée.

Gonocoque. — Le microscope nous montre d'abord le gonocoque traversant les couches de la muqueuse où il s'est implanté, et arrivant aux vaisseaux. Le mouvement de sécrétion et d'exsudation séro leucocytique tend à le repousser vers la surface de la muqueuse. Mais il peut à un moment donné pénétrer à travers la paroi du vaisseau, soit à l'état libre, soit inclus dans les leucocytes.

L'endovascularite peut opposer parfois une barrière à l'invasion gonococcique. Mais celle-ci peut avoir lieu souvent sans qu'il se produise en apparence aucun phénomène local indiquant ce processus de défense de l'organisme.

Les localisations métastatiques de l'infection peuvent être d'une redoutable gravité ; quelquefois l'atténuation des symptômes peut être telle que l'on doit se demander si bon nombre d'infections généralisées ne passent pas inaperçues.

La voie principale suivie par le gonocoque pour infecter l'organisme est celle des vaisseaux sanguins. Le gonocoque a été vu dans l'endothélium des parois vasculaires (Wertheim); sa *présence dans le sang*, plusieurs fois constatée dans ces dernières années (Thayer et Blumer, Ahman, Jullien et Sibut, Colombini, Panichi, etc.), a fourni une preuve décisive de l'infection générale.

Cette preuve a d'ailleurs été fournie maintes fois par les nombreuses constatations de la présence du gonocoque dans les synoviales articulaires et tendineuses, dans le cœur, dans les abcès sous-cutanés, et dans plusieurs autres localisations de l'infection générale blennorragique.

En résumé, nous voyons aujourd'hui assez nettement le processus de l'infection générale par le gonocoque, mais il nous est impossible de dire pourquoi cette infection ne se manifeste que dans un nombre relativement peu élevé de blennorragies.

Gonotoxine. — Les injections faites par Wasserman de culture de gonocoques, vivants ou morts et séparés du milieu de culture, dans le péritoine de la souris, provoquent dans les deux cas la mort de l'animal. Wasserman, Gross et Kraus, Nicolaysen, Laitinen, Scholtz, Moltchanoff croient que la toxine est contenue exclusivement dans le corps même du gonocoque. Le filtrat des cultures est inoffensif, tandis que l'injection sous-cutanée des gonocoques morts provoque des accidents fébriles et inflammatoires chez les animaux et chez l'homme.

Selon De Christmas, la toxine contenue dans le corps des gonocoques ne diffuse pas dans le liquide de culture après leur mort : elle est le résultat d'un processus vital du gonocoque, variable suivant son développement et les qualités du milieu de culture. Avec lui, Schœffer, Fonseca, Panichi, admettent que la gono-toxine existe dans le milieu de culture filtré. Cette toxine est très active et tue le cobaye en quelques heures par injection intra-cérébrale très faible. De Christmas est arrivé à immuniser les animaux et à obtenir une antitoxine qui peut neutraliser les effets de la toxine.

Dans les manifestations locales, les effets de la gonotoxine s'ajoutent à ceux du gonocoque; elle paraît même tenir la place principale dans la genèse de certains symptômes inflammatoires.

Dans l'infection générale, il est possible que son rôle puisse être séparé de celui du gonocoque, et qu'il s'exerce parfois d'une manière indépendante; en d'autres termes, certaines manifestations seraient dues à l'intoxication plutôt qu'à l'infection.

Microbes associés ou surajoutés au gonocoque. — L'association microbienne peut se produire d'emblée ou bien être secondaire. D'après les faits cliniques et expérimentaux, les associations microbiennes aggravent notablement le pronostic de l'infection générale blennorragique. Les microbes qui ont été le plus souvent rencontrés sont les suivants : staphylocoque blanc et doré; streptocoque; colibacille; pneumocoque; bacille de Koch; microbes divers, bacille pyocyanique, cocci, saprophytes des voies génito-urinaires, etc.

Il se peut aussi que ces infections se produisent directement dans les voies génito-urinaires, favorisées par le gonocoque, mais sans son association. Elles peuvent enfin être post-gonococciques, se produire après la disparition du gonocoque et quelquefois même par une autre porte d'entrée que les voies génito-urinaires (phlegmons, escarres, etc.)...

Le rôle des microbes associés ou surajoutés au gonocoque est sans doute considérable, mais les observations de plus en plus nombreuses montrent que le gonocoque, même seul, peut réaliser les manifestations diverses de l'infection générale blennorragique.

Localisations initiales de la blennorragie; leur rôle dans l'infection généralisée. — Chez l'homme c'est la blennorragie urétrale qui cause le plus grand nombre des infections générales, mais le danger de celles-ci augmente évidemment en raison directe de son extension et du nombre des propagations aux divers organes des appareils urinaire et génital, cystite, épidydimite, prostatite, etc...

Digitized by Google

Chez la femme c'est l'urétro-vulvo-vaginite et surtout la métrite et les localisations annexielles qui se compliquent d'infection générale.

Chez les enfants, ce sont les mêmes localisations, suivant le sexe, et de plus l'ophtalmie, cause très fréquente chez eux de rhumatisme blennorragique.

L'exaltation de la virulence du gonocoque paraît devoir être considérée comme une des causes principales de l'infection générale. Elle s'exagère : lorsque la blennorragie s'étend à une portion de muqueuse jusque-là respectée ; lorsqu'elle envahit un nouvel organe de l'appareil urinaire ou génital; à l'occasion des processus physiologiques, menstruation, grossesse, avortement, accouchement; à l'occasion des processus pathologiques ou de certains traitements mal dirigés ; lors d'une invasion de nouveaux gonocoques. Elle est plus accentuee dans l'apyrexie et diminuée pendant la fièvre. Elle serait plus forte dans les états de la blennorragie où le gonocoque est libre dans le pus que dans ceux où il est surtout inclus dans les cellules.

Tant que le gonocoque existe, il reste capable de manifester sa vitalité, soit par une contagion, soit par une recrudescence dans l'état local de la blennorragie, soit par une infection générale. On ne peut pas compter sur une immunisation locale, et moins encore sur une immunisation générale.

Etiologie des principales manifestations de l'infection blennorragique. Rhumatisme blennorragique. — L'ensemble des faits qui démontrent le gonocoque dans les synoviales articulaire ou tendineuses est aujourd'hui considérable.

Les faits négatifs s'expliquent par les difficultés de la recherche du gonocoque implanté dans la synoviale, ou masqué parfois par les microbes pyogénes, ou déjà disparu au moment de l'examen.

Il est possible que certaines arthrites soient produites non par le gonocoque, mais par les toxines, et que d'autres enfin ne soient pas produites par l'infection directe de l'articulation, mais par une action trophique à distance exercée par des lésions du système nerveux.

Chez l'homme, le rhumatisme blennhorragique se produit dans toutes les formes et à toutes les périodes de l'urétrite, même pendant la période latente, dite période d'incubation, et dans les blennorragies anciennes, les plus atténuées. Il se produit surtout à l'occasion de l'urétrite postérieure.

Les complications et les exacerbations de l'urétrite favorisent le développement de l'infection générale : fatigues, excitations, coït, alcool, etc...

Certains individus présentent une prédisposition manifeste pour le rhumatisme blennorragique; elle se traduit chez eux par des récidives de rhumatisme à chaque blennorragie nouvelle.

Cette prédisposition paraît indépendante du rhumatisme ordinaire.

Les localisations habituelles de l'infection générale blennorragique offrent de grandes analogies avec celles du rhumatisme ordinaire. Elles atteignent de préférence les tissus de moindre résistance, surtout les synoviales articulaires et tendineuses. Le traumatisme, les lésions antérieures ont parfois une influence localisatrice évidente.

L'étiologie reste encore bien obscure pour le rhumatisme blennorragique chronique, et notamment pour la forme écrite sous le nom de polyarthrite déformante, progressive pseudo-noueuse (Fournier, Do Amaral, etc....). La recherche du gonocoque n'a pas donné jusqu'ici de résultat. La polyarthrite succède ordinairement à plusieurs récidives de blennorragle. Il est possible qu'on doive tenir compte d'une action exercée à distance par le système nerveux central.

Chez la femme, l'infection blennorragique générale peut succéder aux diverses localisations de la blennorragie des organes génitaux et urinaires. Elle est plus rare que chez l'homme.

La principale cause de l'infection générale est la métrite, la virulence du gonocoque est exaltée par les réinfections et souvent par la menstruation, la grossesse, l'avortement ou l'accouchement.

L'infection puerpéro-gonococcique peut être localisée aux annexes de l'utérus, mais quelquefois elle se généralise, et elle a pour conséquences habituelles le rhumatisme blennorragique.

Quelquefois aussi l'infection générale est mixte : le gonocoque y est associé ordinairement aux staphylocoques et aux streptocoques, et quelquefois effacé par l'action de ceux-ci.

Endocardite. Myocardite. — Elle accompagne le plus souvent le rhumatisme blennorragique et peut-être causée par le gonocoque et par des microbes associés : staphylocoques, streptocoques, pneumocoques. Elle peut être aussi causce exclusivement par ces derniers.

Les altérations anciennes favorisent la fixation des gonocoques sur l'endocarde

L'endocardite semble se produire surtout dans les cas où s'exagère la virulence du gonocoque. Il en est de même pour la myocardite.

La présence du gonocoque a pu être démontrée dans un certain nombre de cas de *périostite*, de *pleurésie*, de *péricardite*, de *phlébite*, et dans les *abcès sous-cutanés*.

A côté des manifestations dont nous venons de parler, nous trouvons une autre série de manifestations dans lesquelles le rôle étiologique du gonocoque est moins direct, ou bien n'a pas pu être jusqu'ici démontré.

I. — *Néphropathies par infection générale blennorragique.* — Ces néphropathies, à peu près exclusives à l'homme, sont communes surtout dans les cas d'orchite, mais elles peuvent s'observer aussi dans les cas d'urétrite blennorragique sans aucune camplication. Habituellement passagère, l'albuminurie est peut-être causée le plus souvent par l'élimination des toxines. Certains cas plus graves avec anasarque et albuminurie abondante et prolongée dépendent peut-être du gonocoque.

Digitized by Google

II. — *Manifestations cutanées, érythèmes, purpura, cornes cutanées.* — Ces manifestations sont attribuées par les uns à l'action directe des toxines, par d'autres à l'infection du système nerveux. Celui-ci réagit à distance en produisant des érythèmes angio-neurotiques ou des troubles trophiques, tels que les cornes cutanées (Jacquet, Jeanselme, etc). Dans un cas de purpura, nous avons trouvé le staphylocoque blanc dans le sang. Scholtz a trouvé le gonocoque dans un cas d'érythème noueux.

Nous retrouvons les mêmes explications pathogéniques pour les localisations oculaires métastatiques de la blennorragie. Dans un cas, resté unique jusqu'ici, de conjonctivite blennorragique métastatique, Morax a signalé le gonocoque.

III. — *Localisation de l'infection générale sur le système nerveux.* — Les méningomyélites produites directement par le gonocoque n'ont pas pu encore être démontrées. Dans un cas (Barrié), on a pu démontrer la présence du staphylocoque blanc. Mais la plupart des auteurs attribuent les phénomènes d'origine médullaire (amyotrophies, troubles trophiques divers, fréquemment observés) à l'action des toxines sur la moelle. Cette explication des formes myélopathiques du blenno-rhumatisme est appuyée par les récentes recherches de Moltchanow, et par celles de De Christmas. Les recherches de ces deux expérimentateurs ont nettement démontré l'intensité d'action de la gonotoxine sur la moelle, sur le cerveau, et sur les nerfs phéri-phériques.

En résumé, le gonocoque de Neisser, agent pathogène de la blennorragie des muqueuses, est aussi l'agent pathogène de l'infection générale. Celle-ci est le résultat de la pénétration directe du microbe dans la circulation, et de l'absorption des toxines du gonocoque. Les recherches expérimentales nous montrent que l'intoxication joue un rôle très important dans la genèse des manifestations de l'infection, mais en clinique l'insuffisance des recherches sur l'homme nous oblige à une grande réserve pour définir la part qui revient à l'infection gonocccique et celle qui revient à l'intoxication. Les observations sont encore insuffisantes pour définir le rôle des infections secondaires. Le rôle prépondérant et direct semble devoir être de plus en plus reconnu au gonocoque.

Il existe peut-être dans des localisations attribuées jusqu'ici aux toxines.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Epistaxis et hemoptysies névropathiques. M. Lancereaux. — Les épistaxis, d'origine névropathique ont leur maximum de fréquence chez les enfants, tandis que les hémoptysies se montrent de préférence vers la fin de l'accroissement et pendant l'âge adulte. Les changements de saison, la fatigue, l'action du froid ou de la chaleur et de la lumière, les causes psychiques de nature à troubler l'action régulière du système nerveux, favorisent ces hémorrhagies. Aussi l'hérédité bien constatée de ces accidents, est facile à comprendre

La preuve de l'origine nerveuse de certaines épistaxis se tire encore de leur répétition successive et de l'absence de lésions appréciables à l'examen cadavérique ou rhinologique des fosses nasales. Elles ont une origine purement dynamique et ne sont que les effets d'une fluxion liée à un trouble vaso-moteur.

On sait qu'un certain nombre d'hémoptysies de l'adolescence et même de l'âge adulte, sont indépendantes de la tuberculose. Les rhumatisants chroniques, les goutteux (herpétiques) et les hystériques sont spécialement disposés à cette manifestation pathologique ; il s'agit de fluxions sanguines vers le poumon, comparables, chez les goutteux et les rhumatisants, aux fluxions séreuses du tissu cellulaire et des articulations.

Les déviations des menstrues sont des causes bien connues d'hémoptysies notées par un grand nombre d'auteurs.

En conséquence, la trachée et les bronches sont, à un degré moindre que les fosses nasales, exposées à des hémorragies qui, souvent, alternent avec des migraines, des douleurs rhumatismales, des hémorroïdes, des troubles menstruels, etc. Ces hémorragies sont toujours précédées de phénomènes prodromiques : dyspnée, pesanteur thoracique, parfois céphalée, etc. ; elles n'altèrent pas sensiblement la santé générale, car c'est à peine si elles anémient les malades à moins qu'elles ne se répètent ou aient une abondance excessive. Dans certains cas même, elles ont paru améliorer la santé en faisant cesser un malaise général, des douleurs vagues, des vertiges, etc. Le sang rejeté au dehors par un vomissement ou par expectoration, à la suite de toux, est rouge rutilant, parfois très abondant et en général peu coagulable. La marche de ces hémorragies est ordinairement intermittente, leur durée ne dépasse guère quelques jours.

L'hémoptysie se décèle par la présence de crachats spumeux, formés de sang rouge rutilant, expulsés par des efforts de toux et jamais mélangés ni de matières alimentaires, ni de mucosités. La nature de cet accident se reconnaît à un examen approfondi du patient et de l'organe affecté. Ainsi, le diagnostic de l'hémoptysie névropathique repose sur l'état constitutionnel, les antécédents pathologiques, l'absence certaine de lésions des bronches et des sommets des poumons, du cœur et des gros vaisseaux. La répétition de ces accidents, les troubles divers qui les précèdent ou les accompagnent, le bien-être qui en résulte parfois, sont autant de circonstances qui mettent le médecin à même de rassurer les malades et leur famille, toujours très effrayés en présence d'un écoulement sanguin par les voies respiratoires.

Le pronostic de ces hémorragies, comparé à celui des hémoptysies liées à une lésion de poumons, du cœur ou des vaisseaux est relativement bénin, et, en effet, elles sont exceptionnellement suivies d'accidents sérieux.

Digitized by Google

Le prophylaxie des hémoptysies névropathiques consiste à mettre les malades à l'abri des causes déterminantes qui peuvent les engendrer, à combattre les fluxions et à modifier par l'hydrothérapie et l'exercice musculaire l'excitabilité nerveuse qui en est la cause efficiente.

Le traitement s'adresse non pas à l'écoulement du sang, dont la source ne peut être atteinte directement, mais au trouble vaso-moteur, au désordre nerveux qui le tient sous sa dépendance. C'est alors que le repos absolu, les opiacés sont indiqués, comme aussi l'emploi de l'ergotine et de la quinine. L'un des meilleurs moyens pour couper court à ces accidents est l'emploi d'une potion vomitive avec 2 grammes de poudre d'ipécacuanha. Cette potion, qui a pour effet le resserrement des vaisseaux de l'appareil respiratoire, manque rarement son effet. La quinine peut être également employée avec succès, et dans les cas où l'hémoptysie vient à se répéter, l'hydrothérapie trouve son indication.

Le gaz des ballons d'enfants. — M. Vallin signale les inconvénients possibles des légers ballons en caoutchouc avec lesquels jouent les enfants. Ces ballons contiennent un gaz à odeur fortement alliacée, rappelant l'hydrogène arsénié qui est très toxique.

M. Bouchardat fait remarquer que ces ballons sont surtout gonflés avec du gaz d'éclairage contenant de l'hydrogène phosphoré et 1/2 p. 100 d'acétylène ; ces produits sont peu toxiques.

Difficulté d'ablation de la canule après la tracheotomie — M. Moure de Bordeaux. La difficulté de la décanulisation, après la tracheotomie, caractérisée par des menaces d'asphyxie, provient principalement de ce que le cartilage cricoïde a été sectionné par l'opérateur ou s'est enflammé au contact de la canule. Il est résulté une impotence fonctionnelle des articulations crico-aryténoïdiennes, d'où la difficulté de pénétration de l'air dans la trachée. Il importe donc que la tracheotomie soit toujours faite aussi bas que possible au-dessous du cricoïde.

Vacances. — Les séances de l'Académie seront suspendues pendant le mois de septembre. *(28 août.)*

BIBLIOGRAPHIE

Le Nourrisson. — *Alimentation et hygiène. — Enfants débiles. — Enfants nés à terme*, par Pierre Budin. — Doin 1900.

Le nouveau livre du professeur P. Budin est d'un intérêt capital et d'un caractère éminemment pratique. Quoi de plus simple en apparence, de plus difficile en réalité, et à vrai dire, de moins exactement connu jusqu'ici, que la méthode nécessaire pour conserver à la vie le nouveau-né si faible et si menacé ! L'accoucheur n'a pas seulement à le mettre au monde ; il doit aussi diriger son alimentation, présider à son hygiène, pendant les premiers temps qui suivent la naissance, codifier les préceptes indispensables pour obtenir ce résultat : tel a été le but du professeur Budin.

Dix leçons cliniques composent le volume ; quatre sont consacrées à l'enfant né prématurément *ou débile* ; les six dernières, à l'enfant né à terme.

Les dangers que le froid fait courir au débile, les difficultés de son alimentation, surtout l'importance des troubles digestifs par excès de nourriture, la quantité de lait à faire boire, la nature du liquide nourricier de provenance humaine (maternelle ou mercenaire) et animale, les moyens à employer pour favoriser l'allaitement par la mère même, quand le bébé est trop faible pour déterminer ou pour entretenir la secrétion mammaire, la facilité avec laquelle les nouveau-nés, surtout les débiles, s'infectent, tels sont les grands et délicats problèmes, étudiés et résolus dans les quatre premières leçons.

Quant aux enfants nés à terme, il est non moins important de connaître la formule alimentaire qui leur convient depuis leur naissance jusqu'au sevrage, leur accroissement physiologique, les conséquences qu'ils peuvent ressentir de l'état normal ou non où se trouve leur nourrice (grossesse, menstruation, alcoolisme, affections cardiaques, pulmonaires, etc.). La question de l'allaitement artificiel est clairement posée et nettement tranchée : Le lait de femme est le meilleur pour le nouveau-né; mais s'il fait défaut, il peut être fructueusement suppléé par le lait de vache stérilisé.

L'allaitement mixte est justement prôné. Le lait de vache stérilisé peut être administré pur, sans coupage ; mais la surveillance doit être constante, étroite, minutieuse. Facile dans la clientèle privée, elle est efficacement exercée dans les hôpitaux ou les crèches, au moyen des *Consultations de nourrissons*. Fondées par l'auteur à la Charité, puis à la Maternité et à la Clinique Tarnier, elles ont été créées aussi dans d'autres hôpitaux parisiens et en province. Les résultats sont suggestifs : la mortalité des nourrissons dont l'alimentation est ainsi guidée, se trouve être infiniment moindre que dans les statistique sgénérales portant sur un même laps de temps et dans une même localité.

A la suite des dix leçons qui viennent d'être très sommairement indiquées, figurent des notes et pièces justificatives, dont la lecture est des plus instructives. Les observations sont très nombreuses, et prises avec un soin méticuleux, un souci du détail poussé au plus haut degré, de telle sorte que la conviction s'impose.

Un grand nombre de planches en plusieurs couleurs, notant les quantités quotidiennes ou hebdomadaires de lait ingéré (lait de la mère, lait de la nourrice, lait stérilisé), la courbe d'accroissement du sujet observé en regard de la courbe moyenne, etc. Bref, tous les matériaux sont exposés au grand jour, pour être analysés, scrutés, autant qu'on le voudra.

Une préface de M. C. Jonnart, député du Pas-de-Calais, relève « la méthode lumineuse et sûre, et la langue parfaitement claire et intelligible pour tout le monde » du professeur Budin. Son livre, qui nous enseigne à conserver l'existence si fragile des enfants nouveau-nés, tend aussi à lutter contre « le péril le plus menaçant pour l'avenir de notre pays, la dépopulation, ou pour parler plus exactement, la progression trop peu sensible du chiffre de la population française ». Aussi les leçons du professeur Budin sont-elles « d'une haute portée sociale, et s'imposent aux méditations de nos hommes d'Etat, et des administrateurs de nos départements et de nos communes, autant qu'à l'attention des mères et des praticiens, auxquelles elles sont plus particulièrement destinées ». — L. Demelin.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Indications et modes d'emploi de certaines plantes indigènes dans la scrofule

par M. le Dr LIÉGEOIS
Correspondant national de l'Académie de Médecine

1° Les scrofuleux ne sont pas tous des bouffis au tissu conjonctif sous-cutané, rempli de graisse; beaucoup sont grêles, maigres, secs. Chez ces derniers, pourvu qu'à l'état dystrophique ne s'ajoute pas de l'irritabilité, de la nervosité, l'huile de foie de morue est suivie d'heureux effets : elle amende ou guérit leurs lésions, et, du même coup, elle les engraisse.

On a remarqué qu'elle est nuisible aux scrofuleux secs névropathes ; les mutations organiques s'opérant défectueusement sous la direction d'un système nerveux déjà irritable que viennent exciter démesurément les phosphates, le phosphore et les lécithines du médicament, l'amaigrissement prend des proportions inquiétantes et les lésions strumeuses s'aggravent au lieu de tendre à la guérison. Il en est autrement si, dans le cas particulier des scrofuleux secs et nerveux, vous substituez l'acéto-phosphate de *cuivre* (2 pilules à 0 gr. 01 midi et soir) à l'huile de foie de morue : alors le malade engraisse, ses adénopathies rétrocèdent, ses ulcérations marchent d'une façon évidente vers la cicatrisation.

Le houblon est un précieux adjuvant de l'acéto-phosphate de cuivre en cette occurence. Les livres anciens le rangent parmi les plantes antiscrofuleuses les plus réputées. J. Frank allait jusqu'à en faire ingérer les graines aux strumeux. Jadelot, qui l'expérimenta, il y a plus de 70 ans, à l'hôpital des Enfants-Malades, en proclama les bienfaits. Les deux meilleures préparations sont la macération de cônes et la liqueur des teigneux.

Il vaut mieux recourir aux cônes frais qu'aux cônes secs, qu'il s'agisse du houblon sauvage des haies et du bord des ruisseaux ou du houblon cultivé, qui ne diffèrent en rien l'un de l'autre. Le malade prendra dans la journée deux tasses de macération, chacune à 5 grammes de cônes frais, l'une une demi heure avant le déjeuner, l'autre une demi-heure avant le repas du soir. L'huile volatile oxygénée du houblon, en suspension dans ce liquide, n'est pas étrangère à la résolution des glandes et des leucophlegmasies scrofuleuses; elle secoue l'atonie, la torpeur, elle accentue l'activité de résorption endormie des lymphatiques; et, par ce que l'on sait du lupulin, n'est-il pas vraisemblable d'attribuer aussi une grande part du succès, chez les irritables, à la sédation du système nerveux consécutive à l'usage prolongé du médicament?

La liqueur des teigneux, que j'emploie très souvent, est une macération, dans l'alcool, de houblon, de petite centaurée et d'écorce d'orange amère (on ajoute du carbonate de potasse). A cause de l'alcool, nous la réservons pour les adultes. Elle a plus de valeur faite avec les produits frais qu'avec les produits secs. Je ne parle pas du vin composé de Cottereau où, entr'autres drogues, figure la teinture de houblon (32 grammes pour un demi-litre de vin de Madère). Le houblon, comme, du reste, l'acéto-phosphate de cuivre, n'est efficace dans la scrofule que s'il est continué pendant au moins deux mois.

2° On prescrira les iodiques aux scrofuleux gras et bouffis. Quand Négrier (d'Angers) écrivait en 1841-1844 qu'il guérissait les trois quarts des scrofuleux avec les préparations de noyer, il n'excluait du bénéfice de la médication que les strumeux « secs et nerveux ». Sur son affirmation, nous les avons réservées pour les gros scrofuleux apathiques. Pendant la saison d'été nous les alternons avec les iodiques ou les administrons seules. Nous nous servons exclusivement des feuilles fraîches ou du brou. Il faut abandonner l'infusion de feuilles sèches et la remplacer par la macération de feuilles fraîches, à la dose, avant chaque repas, d'une tasse d'eau froide dans laquelle on aura déposé la veille 5 grammes de de feuilles.

Les ménagères confectionneront pour les enfants un sirop de suc de feuilles fraîches : on extrait ce suc en pilant les feuilles avec le quart de leur poids d'eau et en les exprimant; le liquide obtenu est chauffé pour coaguler l'albumine, puis filtré. 10 grammes seront incorporés à 200 grammes de sirop de sucre : une cuiller à dessert ou à bouche avant les repas.

Le vin de noyer sera fabriqué en faisant macérer pendant huit jours dans un litre de vin blanc 60 grammes de feuilles fraîches ou une douzaine de noix fraîches recouvertes de leurs drupes.

Macération, sirop, vin seront pris pendant six semaines à deux mois.

Ils sont bien tolérés, même par les scrofuleux atteints de catarrhe intestinal que l'huile de foie de morue ne ferait qu'aggraver ou même qu'elle provoque et que les sels cupriques ou que les iodiques sont impuissants à amender. Non seulement, ils sont bien tolérés, mais ils suppriment assez vite la diarrhée, grâce probablement à leur richesse en tanin ; et puis la présence du tanin dans le sang n'est-elle pas favorable aux rénovations des épithéliums en-

Digitized by Google

dommagés par la scrofule? imprégné d'acide gallique, le sang n'imprime-t-il pas aux tuniques des vaisseaux lymphatiques des glandes et des parenchymes une stimulation de leurs phénomènes d'endosmose et d'exosmose se traduisant, en définitive, par l'activité de leur circulation propre et par la résorption des exsudats plus ou moins organisés logés dans leurs interstices? Coze pensait que l'odeur aromatique des feuilles de noyer et du brou de noix est due à une huile essentielle qui joint ses propriétés stimulatrices des vaisseaux lymphatiques à celles du principe tonique amer.

3° Nous voulons dire un mot de l'utilité, dans la scrofule, d'autres amers, des amers francs dépourvus de tanin, d'acide gallique et d'huiles essentielles : la gentiane, le trèfle d'eau, le chardon-bénit.

Après que Plenck eut signalé les vertus antiscrofuleuses de la gentiane qu'on peut tout simplement employer en macération, on s'ingénia à trouver des formules complexes : celle qui a eu le plus de vogue (le Codex l'a conservée) est l'élixir amer de Peyrilhe auquel Hébréard dans sa thèse de 1802, plus tard Ph. Pinel, dans sa Nosographie philosophique, ont prodigué des éloges qu'elle mérite. L'élixir amer de A. Dubois, l'élixir de Deschamps ont les mêmes attributs. Debreyne vanta un sirop composé de quinquina et de rhubarbe additionné de teinture de gentiane.

Le ményanthe ou trèfle d'eau, de la famille des gentianées, est un des antistrumeux les plus renommés du groupe amer : en macération de 5 grammes de feuilles fraîches par tasse.

La macération (5 grammes par tasse d'eau froide) de sommités fleuries fraîches de chardon-bénit — un autre amer pur, mais de la famille des Composées — est supérieure à la décoction recommandée par Simon Pauli ; J. Frank cherchait à corriger le « vice scrofuleux » avec le « suc tiré des feuilles fraîches d'ortie dioïque ».

Ces amers purs — et aussi le noyer et le houblon — ont, outre leur action à proprement parler antistrumeuse, une salutaire influence sur la nutrition qu'ils accélèrent ou régularisent. Et cette influence n'est pas à dédaigner chez des sujets dont le mode nutritif est aussi vicieux que mauvaise leur circulation lymphatique : en réalité leurs digestions sont d'ordinaire imparfaites, leur estomac est hypopeptique, leurs selles sont acides comme leurs sueurs, souvent leurs urines sont uratiques, leurs os sont pauvres en substances minérales (Ch. Bouchard).

Pourrais-je ne pas rappeler que la pensée sauvage se montre avantageuse principalement, comme Strak l'a écrit, dans l'impétigo, cette cutite microbienne si fréquente chez les strumeux ? En pays de montagne où elle croît en abondance, il faudra la conseiller en macération de feuilles et fleurs fraîches mélangées à parties égales. J'ai dit autrefois (1) que les huiles essentielles de la viola tricolor s'éliminent par les urines sans doute, mais encore par la peau dont elles détergent les croûtes, tarissent et ferment les plaies en aidant à la formation d'épithéliums neufs; à l'instar des huiles essentielles du houblon et du noyer, elles secouent la torpeur des conduits de la lymphe, d'où la modification dans un sens favorable du lymphatisme et de la scrofule qui entretiennent la lésion cutanée ou y prédisposent.

(1) Ch. Liégeois, De l'action des plantes dépuratives dans les dermatoses. *Journal des Praticiens*, 1896, p. 661.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La cure de repos chez les phtisiques

par M. le Dr Samuel Bernheim

Depuis l'expérience individuelle de Benett, cette méthode fut employée un peu au hasard comme moyen empirique quand l'école de Dettveiler vint affirmer plus tard que le repos absolu est nécessaire à tout phtisique qui veut guérir. D'après cet auteur, la cure hygiéno-diététique, telle qu'on la pratique, du reste, aujourd'hui dans la plupart des sanatoria, comporte trois indications fondamentales. C'est ce qu'on a appelé le trepied thérapeutique de Brehmer, qui, l'un des premiers, fit une description claire de cette méthode. Or, dans cette dénonciation, il y a peut-être un abus de mots, au moins en ce qui concerne la cure de repos. Cette cure de repos absolu, qui donne aujourd'hui de si beaux résultats à toutes les périodes de la tuberculose, ne doit pas être comprise dans la trilogie thérapeutique de Brehmer, qui s'en montra tout d'abord l'adversaire et non le partisan. Cette nouvelle conquête de l'hygiène est de date récente. Employée sans discernement clinique d'abord, et à titres d'essais isolés par le Dr Dettveiler, à Falkenstein, elle fut très vivement combattue par Brehmer, médecin-directeur du Sanatorium de Gœrbersdorff. Brehmer, qui fut, en phtisiothérapie, un novateur si audacieux, n'avait su, cependant, se dégager tout-à-fait des théories consacrées par la routine beaucoup plus que par le succès, touchant l'influence prétendue favorable de la gymnastique respiratoire sur la tuberculose. Aujourd'hui encore, alors que la question est depuis longtemps jugée à l'étranger, surtout en Allemagne, dans un sens désavantageux pour l'exercice, la fatigue, la gymnastique même dite rationnelle et dosée, croit-on, scientifiquement, il est en France quelques auteurs qui s'attardent à cette erreur d'une thérapeutique condamnée par le raisonnement et par les faits.

Au début même de cette étude sur la cure du repos, rendons donc à qui de droit ce qui lui appartient : c'est à

Digitized by Google

Dettweiler et à son école qu'il convient de rapporter comme un très grand mérite, la vulgarisation de la cure de repos dans le traitement de la tuberculose. Les statistiques de divers sanatoria où on la mit en pratique, l'expérience bientôt quotidienne, les résultats qu'elle donna chaque fois qu'on l'essaya d'une façon soutenue, sans atténuation, prouvèrent l'excellence de cette méthode et furent tels que l'école de Brehmer finit par accueillir la conception de Dettweiller et donna accès à cette thérapeutique dans les sanatoria qui relevaient de sa direction.

Mais la cure de repos a reçu aujourd'hui de l'expérience la consécration qui en fait la prescription la plus importante peut-être du traitement hygiéno-diététique de la phtisie. Il n'a pas encore été fait, à notre connaissance, d'étude d'ensemble sur son mode d'action, et c'est, éparses un peu partout, qu'on rencontre dans quelques écrits sur les sanatoria, quelques indications de thérapeutique physiologique sur la cure de repos.

On constate tous les jours les heureux résultats de cette cure. Les faits sont rapportés en abondance à l'honneur de cette méthode. Il reste à les interpréter.

C'est ce que nous voulions faire ici.

***

Rôle physiologique du repos. — Tout d'abord le repos de l'organe apparaît comme une loi générale de thérapeutique. C'est un fait qu'un organe lésé a besoin de repos, qu'il se répare dans le repos et que l'organisme tout entier participe à cette réparation. Inversement, on sait de science éternelle, que la fatigue, le surmenage, l'effort longtemps prolongé aboutissent à l'épuisement et à la maladie. Une fatigue quelconque, après avoir été tout d'abord locale, n'intéressant directement l'organe ou le groupe d'organes, les muscles, etc., qui concourent par leur travail à l'accomplissement de l'acte fatigant, ne tarde pas à devenir générale et à s'étendre à l'organisme tout entier. A ce sujet, le Dr Lagrange distingue quatre processus dans la fatigue :

1° Effets traumatiques du travail sur les organes du mouvement;

2° Auto-intoxication par les produits de désassimilation ;

3° Epuisement organique par autophagie; le muscle se consomme, « se mange » lui-même;

4° Epuisement dynamique par défense de la force disponible des éléments musculaires et nerveux.

Si tel est le processus des effets entraînés par la fatigue, depuis le simple exercice dit hygiénique jusqu'au surmenage, jusqu'à l'épuisement, il est facile de comprendre, par antithèse, quel est de façon générale, le rôle physiologique du repos.

Dans la machine humaine l'état d'effort et de travail ne saurait se prolonger indéfiniment et se maintenir en continuelle tension. La machine humaine ne peut travailler que d'une façon intermittente. Mais cette imperfection apparente vis-à-vis des machines thermiques, est en réalité, le résultat d'une supériorité très grande sur la machine industrielle. Le repos dérive de la faculté qu'a l'organisme vivant de *se réparer* (E. Lagrange, les exercices du corps).

Il est bien compréhensible que les pertes subies par l'effort ne peuvent se réparer pendant le travail. Réparation et usure ne sauraient être concomitantes dans l'organisme vivant. Le repos est précisément la période de temps nécessaire aux organes pour réparer les dépenses accomplies pendant le travail.

Le repos est donc indispensable à la réparation des organes, réparation qui équivaut à un renouvellement complet de leur structure. Ce n'est pas seulement la substance organique, le substratum anatomique et histologique de l'organe qui est renouvelé, ce ne sont pas seulement les déchets produits exagérément par la fatigue qui sont réparés et comblés par le repos au fur et à mesure de leur production, c'est la propriété biologique inhérente à l'organe qui renaît encore avec sa restauration; le muscle, en se reposant, recouvre sa contractililité, c'est-à-dire sa propriété physiologique fondamentale. En un mot, le repos a, à la fois, des effets réparateurs mécaniques ou matériels, et dynamiques ou fonctionnels.

***

Le repos, loi de thérapeutique générale. — On comprend maintenant que le repos puisse, comme nous le disions, être une loi de thérapeutique générale. Nous n'en suivrons pas les effets et nous ne chercherons pas confirmation de cette vérité dans les diverses affections où son action salutaire éclate avec le plus d'évidence. Il nous faudrait passer en revue toute la pathologie médicale et chirurgicale. Nous voulons nous borner à en étudier et à en expliquer l'efficacité dans le traitement de la tuberculose. Mais nous avons voulu montrer tout d'abord que ce terme de la trilogie thérapeutique admise aujourd'hui en matière de tuberculose n'est pas spécial à elle, que la cure de repos qui s'impose, il est vrai, dans le traitement antituberculeux avec plus de rigueur que partout ailleurs, n'est cependant pas une prescription de thérapeutique isolée, et que c'était, en somme, être conséquent avec les principes généraux de toute thérapeutique, que c'était seulement l'appliquer à un cas particulier que d'introduire la cure du repos dans la cure générale de la tuberculose.

***

Le repos diminue l'accumulation des déchets et favorise leur élimination. La fatigue est une auto-intoxication. — D'ailleurs en matière de tuberculose, la cure de repos apparaît comme le corollaire indispensable de la cure d'air et de la cure d'alimentation. Les trois se complètent. Les deux dernières surtout restent sans résultats si elles ne se pratiquent pas au repos. On dit : « Ce qu'il est nécessaire d'assurer chez le tuberculeux, c'est une nutrition parfaite. Le tuberculeux est un dénourri. Il y a déficit dans son budget organique. Les dépenses excèdent les recettes. Augmentons donc celles-ci par l'alimentation. La suralimentation est le premier article du code de thérapeutique tuberculeuse. »

Digitized by Google

Sans doute, mais qui ne voit qu'ainsi comprise, l'interprétation des faits est incomplète. On ne vient au secours, dans ce déficit organique, que d'une cause de la faillite; on cherche avant tout à augmenter les recettes par l'alimentation. Mais qui ne voit que dans l'équilibre qu'on propose de rétablir, il faudrait avant tout restreindre les dépenses ? En matière de comptabilité organique, comme en matière d'équilibre budgétaire, les indications sont doubles : économiser et produire. Si la cure d'alimentation qui a pour but d'augmenter les acquisitions, ne se complète pas d'une cure qui réduira les dépenses, c'est en vain qu'on croira arriver à l'équilibre poursuivi. Autant vaudrait prétendre remplir un tonneau percé. Réduire les dépenses d'abord, puis augmenter les recettes, telle doit être la première indication de toute thérapeutique.

Et ce qui prouve bien la justesse de ces considérations, c'est que ceux-là qui, depuis longtemps, cherchaient à augmenter les recettes chez le tuberculeux sans souci de diminuer les dépenses, se sont aperçus qu'ils s'acharnaient à une œuvre irréalisable. Ils travaillaient en pure perte. Car la cure d'alimentation ne donne rien sans la cure de repos. Il semble que les éléments réparateurs apportés par l'alimentation ne puissent être fixés que par l'organisme au repos, et qu'au lieu d'acquérir, l'organisme suralimenté, qui continue de travailler, de se fatiguer, de se surmener, dépense seulement un peu plus, ou augmente le mouvement de désasssimilation sans augmenter sensiblement le mouvement d'assimilation. Les aliments ne deviennent « nutritifs » que si le processus de déperdition n'est pas trop accentué et que si, dans ce nouveau problème de mélanges, les déchets sont réglés de telle sorte, qu'ils se surpassent par les acquisitions.

C'est ce qui justifie cette maxime thérapeutique formulée par Dettweiler : la cure d'alimentation doit se faire au repos.

Et par là se trouve réalisée la double indication dont nous parlions plus haut : économiser les dépenses, augmenter les recettes.

Il est une autre raison qui milite en faveur de la cure de repos. La plupart de ces déchets produits en abondance par l'organisme qui fatigue sont des toxines et des toxines qui viennent s'ajouter à l'infection tuberculeuse et la transformer en infection mixte, toujours plus grave. On sait en effet, que les résidus de la vie organique, éliminés par les organes pendant leur fonctionnement sont des poisons doués souvent d'une haute toxicité, ptomaïnes, leucomaïnes, acides organiques, etc... qui font que l'organisme s'intoxique quant il les fabrique d'une façon exagérée ou quand les émonctoires sont insuffisants à les éliminer. Rien n'active comme l'exercice, l'effort prolongé, le travail, la production de ces résidus toxiques. Ils s'accumulent dans l'organisme, sont véhiculés par le sang et par eux, les divers organes, les tissus intoxiqués sont troublés à la fois dans leur structure et dans leur fonctionnement. Le muscle perd par exemple, sa contractilité, il se fait une intoxication de la fibre cardiaque; le « cœur forcé » des athlètes des coureurs ou des animaux poursuivis dans une chasse à courre ne reconnaît pas d'autre pathogénie que cette auto-intoxication du surmenage. Le système nerveux est frappé d'inhibition. Il peut se développer des cérébrites toxiques, analogues aux encéphalopathies des grandes intoxications.

Il n'est donc pas exagéré de dire que l'individu surmené est un auto-intoxiqué. Le surmenage est une variété d'infection et d'intoxication.

***

Le repos, régulateur de la fonction thermique. — Ce qui le montre bien, c'est que cette production exagérée de déchets organiques se traduit, chez le surmené, par les symptômes d'une toxémie : il y a de la fièvre, la température augmente. C'est là, d'après la conception qu'on se fait actuellement de la fièvre, de ses causes et de sa pathogénie, une preuve irréfutable que la fatigue agit en augmentant dans l'économie les déchets toxiques.

Ces variations de la température sous l'influence de l'exercice et du repos ne sont nulle part plus marquées que dans la tuberculose.

Chez le tuberculeux le moindre effort provoque une ascension thermique. Il semble que tout lui soit bon pour faire une accumulation de produits toxiques dans son organisme infecté. Infection du dehors, infection du dedans; hétéro ou auto-intoxication, tel est le terme des processus physiologiques, dès que, chez le tuberculeux, on le surexcite un peu, dès qu'on sollicite l'organisme pour un travail qui, chez l'individu sain, ne produirait pas de réaction appréciable.

Comme l'ont noté Daremberg et Chuquet, « les tuberculeux sont des déséquilibrés de la température ». Tout (repas, lecture, conversation, promenades, contrariétés...) est pour eux occasion d'hyperthermie. A telle enseigne qu'en présence de cette facilité toute spéciale de réagir thermiquement à la fatigue et au travail certains auteurs, Landouzy entre autres, ont pensé faire de cette sensibilité thermique à la fatigue un élément de diagnostic précoce de la tuberculose. Il y a là, croyons-nous, une exagération. S'il est vrai que tout est prétexte pour le tuberculeux à faire des sauts de température, il s'en faut que cette prédisposition soit limitée à la tuberculose, et que l'hyperthermie sous l'influence de la fatigue de l'exercice soit fonction toujours de la tuberculose. Cela signifie seulement : facilité à accumuler les déchets organiques, tendance aux auto-intoxications, insuffisance des éliminations, perturbation des émonctoires naturels, et rien de plus. Si, chez l'individu soupçonné de tuberculose, on observe ces écarts de température, c'est un signe en plus en faveur d'une infection latente, mais ce n'est pas un signe certain que cette infection soit de nature tuberculeuse.

Le repos aura donc, chez le tuberculeux, l'action contraire de la fatigue. Il régularise la température, calme la fièvre. Les oscillations thermiques de l'hécticité, si difficiles

Digitized by Google

à juguler chez le tuberculeux ne cèdent qu'à la cure de repos. En vain, essaierait-on tout l'arsenal des antithermiques. Si la thérapeutique ne s'aide de cette première condition : l'organe et l'organisme au repos. C'est encore cette loi de thérapeutique d'absolue généralité : toute pyrésie est justiciable de la cure de repos.

***

Un paradoxe de thérapeutique générale. — Mais que dire de cette cure lorsque l'organe malade est le poumon, et lorsque la sédation, qu'il faut obtenir à tout prix, est celle de l'appareil respiratoire ? C'est pour lui vraiment que l'indication du repos est de toute urgence, et que les effets bienfaisants de cette cure se marquent avec le plus d'évidence.

Longtemps on a cru que l'exercice, la gymnastique favorisait la fonction respiratoire et la ventilation pulmonaire. Il est incontestable que la fatigue, l'effort, le travail musculaire augmentent le nombre des mouvements respiratoires et aide à la circulation de l'air dans les alvéoles pulmonaires. Est-ce à dire que la fonction de l'hématose en soit elle-même favorisée; autrement dit, le but de la respiration, qui est la revivification du sang au contact de l'air inspiré, est-il plus facilement et plus amplement atteint quand un exercice musculaire quelconque a contraint la poitrine à ces mouvements exagérés ? Il suffit de réfléchir à ce qu'est le mécanisme intime de la respiration pour se convaincre qu'il y avait là encore une paradoxe physiologique.

De ce que la fatigue, l'essoufflement augmente le nombre par minute des mouvements respiratoires qui du chiffre normal de 16 à 18 peuvent atteindre quarante, soixante ou davantage sous l'influence d'un exercice, d'une dépense de travail musculaire, sait-on que l'hématose soit plus efficace et qu'une plus grande quantité de sang veineux soit transformé en sang artériel ? Le soutenir, c'est ne considérer encore dans le problème qu'une de ses faces. La respiration est double : elle se compose de l'air inspiré et de l'air expiré, celui-ci chargé d'acide carbonique, celui-là d'oxygène, l'un utile à l'hématose, l'autre rejeté par l'organisme comme un déchet nuisible. Dans la fonction respiratoire se manifeste donc à nouveau le double mouvement de nutrition qui caractérise les fonctions de cet ordre ; il y a à la fois acquisitions et déchets — recettes et résidus — et si par l'exercice, par le travail musculaire vous favorisez l'absorption de l'oxygène, en vertu du parallélisme des mouvements et processus physiologiques, vous augmentez du même taux l'acide carbonique, et ce que vous considérez comme un gain pour l'organisme se chiffre en définitif par un surcroît de déchets et une excessive fatigue.

Il n'importe donc pas seulement, pour favorieer le but utile de la ventilation pulmonaire et l'hématose, de se borner à faire circuler dans l'arbre respiratoire le maximum d'air possible. Faut-il encore que ce qui est destiné à être une acquisition, une recette, un bien, ne soit pas contrebalancé par une augmentation de déchets, par une nouvelle dépense, par un mal sous une autre forme.

C'est précisément ce qui se passe lorsqu'on prétend faire travailler musculairement le tuberculeux, lorsque sous prétexte d'augmenter sa ventilation pulmonaire, on le soumet à des exercices et à des fatigues qui ne sont en rapport ni avec l'état de ses muscles, ni avec l'état de ses poumons. Chez lui, la respiration s'exagère, se précipite avec une extrême facilité. Et non pour son plus grand bien, car c'est moins une suractivité de la ventilation pulmonaire qu'une forme de dyspnée, pouvant aller jusqu'à l'apnée et qui traduit la perturbation de la fonction par suite de la lésion de l'organe. Cette respiration dyspnéique n'est que le premier stade de l'asphyxie. Chez le tuberculeux, la respiration sollicitée à outrance, soumise à des exercices immodérés, excitée sans mesure prend fatalement la forme asphyxique. Qu'est-ce à dire ?

C'est que cet exercice musculaire, cette gymnastique dite pulmonaire a eu pour résultat non pas d'augmenter la quantité utile d'oxygène et d'en créer comme une réserve dans les alvéoles pulmonaires, mais bien pour provoquer une surproduction d'acide carbonique et de déchets incomplètement brûlés par une absorption insuffisante d'oxygène, et somme toute de gêner l'hématose au lieu de la favoriser. C'est donc le pire des raisonnements et le plus faux des paradoxes qui consiste, sous prétexte de ventilation pulmonaire, à « faire travailler », comme on dit, le poumon malade du phtisique. Vous favorisez sa tendance par trop accentuée déjà à l'asphyxie, et vous fatiguez son poumon sans bénéfice aucun pour la fonction.

Le but qu'on se propose, loin d'être atteint, s'éloigne donc en poursuivant cette thérapeutique erronée. On tourne le dos au vrai traitement.

Encore si cette erreur se bornait à augmenter la formation de l'acide carbonique et à fatiguer inutilement la fonction, serait-elle assurément condamnable, mais capable de rachat et susceptible d'une compensation. Peut-être, en un sens, cette circulation active d'air dans le poumon pourrait elle avoir un rôle très vague et très hypothétique de « nettoyage » pulmonaire et d'antisepsie bronchique. L'air renouvelé pourrait gêner la prolifération des microbes, et cette ventilation excessive assainir les cavités closes des acinis et des bronchioles. Mais outre que ce n'est pas là, nous l'avons dit, l'objet essentiel de l'acte respiratoire, il est une condition qui doit suffire à condamner sans restriction cette thérapeutique de la gymnastique pulmonaire ce sont les troubles qu'elle entraîne dans la mécanique respiratoire, et les lésions qu'elle peut faire éclore, aggraver à coup sûr, dans un organe malade.

***

La fatigue, l'exercice, causes des congestions, des hémoptysies, etc... — Il existe chez un grand nombre de phtisiques, même au début, des adhérences pleurales, des congestions prétuberculeuses, actives ou passives, qui s'aggravent avec le mouvement et la fatigue. Ainsi se développent à la suite des exercices et des fatigues, ces pleurésies avec

Digitized by Google

épanchement, forme grave d'un processus parfois rapide succédant à la forme bénigne et d'un heureux pronostic de la pleurite et de la pleurésie sèche indiquant une tendance à l'enkystement et limitant l'extension des lésions pulmonaires ; ainsi apparaissent, sous l'influence du moindre effort, parfois d'un simple mouvement de colère ou d'un repas par trop copieux, ces hémoptysies si effrayantes pour le malade quand elles ne sont pas incoërcibles pour la thérapeutique, retententissement fâcheux sur l'organe malade, retentissement préjudiciable aussi sur le cœur, sur les vaisseaux, sur le système nerveux.

Quoi qu'on ait pu dire, il n'est pas de lésion cardiaque bienfaisante vis-à-vis de la tuberculose ; les troubles nerveux, douloureux, périphériques ou sympatiques sont souvent provoqués par l'abus des sports et les excès d'une gymnastique peu faite pour les organismes débilités.

C'est une vérité que les neuropathologistes commencent à bien connaître et à mettre en pratique. M. le professeur Joffroy, M. Magnan, MM. Toulouse, Sérieux et Vigouroux pour ne citer que les aliénistes français, préconisent hautement aujourd'hui le traitement des aliénés par le séjour au lit. Non seulement, chez ces malades le séjour au lit permet de faire une thérapeutique plus utile, mais il est par lui-même un traitement. Mitchel le recommande depuis longtemps dans la neurasthénie. Hayem, Robin, entre autres, l'ont prescrit aux chlorotiques et aux anémiques, dans le but de diminuer la destruction des hématies, qu'active l'exercice musculaire.

« Le repos au lit, écrit le Dr Vigouroux, a une action modératrice sur les battements du cœur et augmente la pression artérielle, il agit sur la circulation périphérique en supprimant l'action de la pesanteur, il produit l'hyperémie du cerveau et facilite le retour au cœur du sang veineux des membres inférieurs ; il produit un retentissement marqué des mouvements respiratoires, la température centrale est modifiée ainsi que le poids du corps ».

Le repos en diminuant la production d'acide carbonique qui est le mode ordinaire des déchets de la respiration, améliore donc la fonction favorise son but en augmentant les effets utiles qui tendent à l'hématose. La distribution de l'oxygène aux différents segments et dans les profondeurs de l'arbre respiratoire se fait plus régulièrement, plus complètement par le repos. La dyspnée, l'essoufflement, encore une fois, n'est pas favorable à l'hématose. Elle favorise l'asphyxie et peut développer ou précipiter des lésions graves dans le poumon bacillifère.

***

Le repos s'oppose à la mobilisation des bacilles. — Enfin la sédation a un dernier rôle dans l'infection. Le repos empêche la généralisation des bacilles. — On le comprendra facilement si l'on songe que les bacilles et leurs toxines sont véhiculés par la circulation sanguine et lymphatique. Toute cause qui surexcite celle-ci augmente la diffusion bactérienne. C'est chez les surmenés, chez les tuberculeux qui s'adonnent aux sports, qui font de l'exercice musculaire le tout et la base de leur traitement, qu'on voit survenir après des périodes de trêve souvent longues, les rappels de l'infection à distance, les foudroyants accès de granulie pulmonaire ou méningée. Nul doute que la fatigue n'ait sourdement préparé la réaction à la maladie, et travaillé à sa généralisation. L'exercice, le travail musculaire, l'essoufflement mobilisent les bacilles. Ceux-ci constituent une armée d'envahisseurs qui, au moindre signal se mettent en marche. Il faut laisser reposer l'infection qui dort, pourrait-on dire, en se souvenant d'un vieux proverbe populaire.

***

Conclusion sur le rôle thérapeuthique du repos. — Nous croyons avoir montré les avantages de la cure de repos dans la tuberculose, interpreté ceux-ci, expliqué pourquoi ils se produisent et donné une raison aux faits que l'expérience a maintes fois constatés sans en donner la raison. Ce n'est pas la gymnastique, c'est le repos qui est l'hygiène rationnelle du tuberculeux. Le repos diminue les chances d'auto-intoxication, diminue les déchets organiques, régularise la fonction du poumon et du cœur, ménage l'organe malade, calme la fièvre, est le complément indispensable de la cure d'air et de la cure alimentaire. Pour toutes ces raisons la cure de repos est le terme le plus important de la trilogie thérapeutique aujourd'hui invoquée contre la tuberculose le plus important disons nous, parce que s'il ne suffit pas toujours quoique souvent, à lui-même, du moins, il est la condition indispensable des deux autres moyens.

Voyons donc comment il convient d'appliquer la cure de repos.

***

Comment se pratique la cure de repos. — Daremberg et Chuquet ont formulé les deux propositions suivantes :

1° La cure d'air doit se faire au repos.

2° Le repos doit être intellectuel et physique.

Nous n'insisterons pas sur la première de ces indications que nous avons suffisamment établie dans les pages précédentes. Nous avons amplement montré les bienfaits et le bien fondé de la cure de repos et démontré qu'elle était la condition indispensable de la cure d'air et de la cure d'alimentation.

Le repos doit être intellectuel. Et cela aussi se conçoit facilemeut. Contrairement à la croyance populaire, l'homme qui travaille de tête produit un effort considérable, il use son système nerveux comme le gymnaste surmené ou le lutteur surentraîné consume son muscle. Occasion de dépense, occasion de déchets organiques, le travail intellectuel concourt, comme l'effort, comme la fatigue quelle qu'elle soit, à la faillite de l'organisme, ou plutôt, au surmenage puisqu'il intéresse directement la source même de la force vitale, les centres nerveux.

C'est pourquoi on proscrira au tuberculeux en traitement toute occasion de fatigue intellectuelle, les soucis d'affaires, les préoccupations morales, le lourd fardeau des responsabilités d'un métier parfois absorbant et qui les accumule sur une seule tête, comme le caissier ou le comptable

Digitized by Google

dans une grande maison de commerce ou dans une banque. Pour la même raison, les distractions, qu'on considère souvent à tort comme des dérivatifs, sont des occasions de fatigue et d'imprudence. Le théâtre, les réunions bruyantes, les bals, les conversations prolongées ou entraînantes n'auront plus de place dans la vie du phtisique.

A ce sujet Sabourin écrit très bien : « la loi qui régit la cure de repos doit être absolue. Le tuberculeux curable doit être sevré de tous les soucis de toutes les préoccupations, de tous les travaux intellectuels pénibles et soutenus. Il faut dire adieu momentanément aux affaires, il faut interrompre net ses études. Il est parfois difficile de faire comprendre aux malades et aux familles cette dure nécessité. On ne leur fait pas accepter facilement que pour se guérir il faut briser une carrière commencée. Mais la question de vie ou de mort se pose brutalement. Le commerçant doit savoir que s'il continue à diriger ses affaires, il mourra, et que c'est reculer pour mieux sauter. Car étant malade, et de plus en plus malade, il les dirigera fort mal, ses affaires, et quand il sera mort il ne les dirigera plus du tout... »

Voilà pour le repos intellectuel.

Le *repos physique* ne comporte pas des indications moins rigoureuses. En thèse générale, on peut prouver que la plupart des exercices physiques sont préjudiciales à la cure : escrime, danse, équitation, bicyclette, canotage, même le massage thoracique qui, d'après Chuquet pourrait determiner un traumatisme pulmonaire et des congestions. « Tout effort, ou travail animal, qu'il soit musculaire, nerveux ou organique, entraîne, dit Bennett, une dépense de la force vitale. Pour dépenser il faut avoir. Demander à un malade débilité de dépenser en exercice musculaire de la force qu'il ne possède pas, que les aliments incomplètement élaborés ne lui donnent pas, est peu physiologique d'une part, irréfléchi et cruel de l'autre. »

***

Comment se fera la cure de repos, corollaire rationnel de la cure d'air ?

Dettweiler a montré que le meilleur moyen d'habituer le malade à l'air est de l'y exposer étant couché.

« Les patients affaiblis, écrit Knopf dans sa complète étude sur les sanatoria, restent étendus dans leur lit qui est placé sur le balcon communiquant avec les chambres, jusqu'à ce qu'ils aient repris les forces et qu'ils puissent descendre. »

Quelques médecins dirigeant des sanatoria obligent tous les malades fébricitants à rester au lit ; d'autres leur permettent de faire la cure sur des chaises longues, mais avec défense absolue de se lever. Je crois qu'en règle générale, il n'y a aucun inconvénient, mais qu'il est plutôt avantageux de laisser le phtisique modérément fébricitant étendu sur sa chaise longue à l'air libre, pendant un temps limité. Pouvons-nous permettre à nos malades de faire leur cure sur la chaise longue, l'été et l'hiver, qu'il fasse beau ou mauvais temps, qu'il neige ou qu'il pleuve, qu'il fasse du vent ou que l'air soit calme ? D'une manière générale, nous répondons : Oui, tous les temps sont bons pour la cure à l'air libre, sur la chaise longue, et peut-être ne faut-il faire exception que pour les vents trop forts ou trop froids.

Dans les sanatoria, la cure de repos est faite méthodiquement et les malades bien surveillés la pratiquent avec obéissance et régularité. La chose n'est pas toujours aussi aisée quand nous traitons un malade à domicile et même dans certaines stations balnéaires. Dans ces cas, nous conseillons au patient de s'étendre toute la journée sur une chaise longue placée dans un kiosque, une tente ou une guérite de bains. De cette façon, le malade est protégé contre le vent et le soleil, tout en respirant au grand air. La guérite est déplacée s'il y avait du vent ou du soleil; car il faut se rappeler que si l'air pur et le repos sont indispensables au phtisique, ce dernier ne doit s'exposer ni au refroidissement, ni à l'insolation. Ainsi étendu, il sera chaudement couvert et il aura à ses pieds une boule d'eau chaude pendant l'hiver. La chaise longue avec la tente sera placé à l'abri du vent, mais cependant bien exposée de manière à recevoir le maximum de lumière et de soleil. La bonne influence des rayons solaires sans pouvoir être analysée est cependant incontestable. La chaise longue sera placée de telle sorte que le phtisique aura les pieds au soleil et la tête à l'ombre; il devra voir le soleil sans en être vu. Tout endroit humide ou sombre ne pourra être utilisé pour la cure de repos.

Quoique le repos absolu soit indispensable, on peut cependant placer à côté du malade une petite table mobile sur laquelle sont exposés des livres, des journaux et quelques menus objets de distraction. Néanmoins, il faut recommander au phtisique de ne pas trop se fatiguer en écrivant ou par la lecture, car toute fatigue peut congestionner ses poumons tuberculeux. Le lit ou la chaise longue, tels sont les deux moyens qui permettent d'appliquer dans toute sa rigueur la cure de repos.

***

Où se pratique la cure de repos. — Mais où faut il faire sa cure ? A la ville, à la campagne, dans quel climat, près de la mer, dans la montagne, sur un plateau ?

.... Questions nombreuses, de seconde importance quoique non négligeables et qui ne doivent point faire renoncer au principe même de la cure, à supposer que celle-ci ne puisse s'effectuer dans les conditions les meilleures d'aérothérapie et de climatologie. Comme le fait remarquer Knoff, c'est un des plus grands mérites de Dettweiller et de ses élèves d'avoir démontré que les conditions météorologiques, avec leur diversité dans nos zones tempérées, sont presque sans influence sur la marche de la phtisie pulmonaire et que la cure à l'air libre dans les établissements privés, ou ailleurs, si le malade peut être constamment surveillé par le médecin, est possible pendant toute l'année.

Assurément, il n'est pas indifférent de faire sa cure à la campagne plutôt qu'à la ville, dans tel climat plutôt que

Digitized by Google

dans tel autre. L'atmosphère urbaine, on le sait, ne vaut pas celle des champs. Les observations de MM. Miquel et Freindenreich sont très concluantes à cet égard; tandis que dans les montagnes, à une élévation de 2.000 mètres, il n'existe aucune bactérie, dans l'air du parc Montsouris, on en trouve 760 par centimètre cube et 5.800 dans celui de la rue de Rivoli. Il y a une différence entre la butte Montmartre et telle station des Pyrénées. Il vaudra donc mieux, si on le peut, s'éloigner des villes et passer plusieurs saisons à la campagne.

Mais pourtant, même à l'hôpital, ainsi que l'ont montré les ingénieux essais de M. Letulle à Boucicaut, la cure de repos doit être prescrite.

Le repos ne vaut pas seulement par l'air dont il utilise l'action vivifiante et qu'il attribue au mieux dans les divers segments et jusqu'aux coins les plus profonds de l'arbre respiratoire. Il vaut encore, il vaut surtout par lui-même, et rien que par lui, mérite d'être institué quand bien-même les autres conditions du traitement, air et alimentation, ne pourraient être réalisées.

A cette question : où doit-on pratiquer la cure de repos? nous répondrons donc : partout.

***

Quand faut-il utiliser la cure de repos? — Quand faut-il la pratiquer, à quel moment l'instituer? A quel moment est-on autorisé à l'interrompre? Le mieux est de l'instituer de bonne heure. Chez tout tuberculeux qui débute il y a un affaibli, un fatigué, un surmené, un intoxiqué. La première indication est de le mettre au repos. Cette indication est de première urgence si le malade est fébricitant. Nous l'avons dit : le seul antithermique souverainement efficace du tuberculeux fébrile, c'est l'air aidé du repos. Lors donc qu'un malade a de la fièvre, et aussi longtemps qu'il en a, il faut lui prescrire le repos absolu. Sous prétexte que la lésion débute, qu'elle peut être encore inappréciable, ce serait folie de prétendre l'enrayer, comme on l'a cru et prescrit trop longtemps, par la gymnastique respiratoire, ce dangereux paradoxe, et par la suractivité imposée à la fonction perturbée. Nous l'avons assez montré dans tout le cours de cette étude : le travail use et fatigue; le fatigué, le surmené se consomme et s'épuise. « C'est une cause d'infection de plus pour lui — écrit M. Sabourin — pour lui qui est déjà infecté quotidiennement par les poisons de sa fièvre, par les produits de résorption des tissus pulmonaires. Au lieu d'avoir à effectuer le travail d'une seule élimination, son organisme doit fournir à deux maintenant. »

La cure de repos doit être prolongée pendant fort longtemps, plusieurs semaines, plusieurs mois, quelquefois même une, deux ou trois années suivant l'importance et l'étendue des lésions tuberculeuses, suivant l'état général du malade, suivant la marche de la température, la nutrition générale de l'organisme et mille autres conditions cliniques et biologiques subordonnées à cette cure. Il appartient au médecin qui dirige cette thérapeutique rationnelle de l'interrompre quand il juge le malade suffisamment rétabli, suffisamment guéri pour reprendre la vie active. En tout cas, les premières fatigues des malades devront être dosées, et le médecin continuera à exercer une surveillance vigilante pendant les premières sorties pour bien se rendre compte que le progrès acquis est définitif.

Le moyen de régler plus tard et d'une façon générale l'exercice chez le tuberculeux? Le vrai thermomètre à consulter sur ce point, c'est.... le thermomètre. Tout malade subfébrile ou nettement fébricitant dont la température axillaire dépasse 37° le soir doit être mis et maintenu au repos.

D'ailleurs, il est plus difficile de doser l'exercice que le repos; toute hésitation doit être tranchée en faveur de ce dernier. Au contraire de l'exercice, on peut dire du repos qu'on n'en saurait trop mettre... et trop prescrire (1).

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Sur un nouvel hypnotique — l'hédonal (2). — L'hédonal est l'uréthrane du méthylpropylcarbinol.

Il est soluble dans l'eau dans la proportion de 1 = 102 à la température de 37°. La saveur de la solution est extraordinairement forte, rappelant la menthe poivrée.

Sa saveur intense est une cause d'embarras pour son administration en solution saturée; d'autre part, cette solution produit une diurèse rapide, susceptible d'interrompre le sommeil. Aussi, vaut-il mieux l'avaler en poudre avec de l'eau froide. Alors la diurèse, moins rapide, permet au sommeil, qui commence au bout de 20-30 minute, de se prolonger pendant sept heures; ce sommeil est sans cauchemar et très normal.

Comme l'hédonal se brûle dans l'organisme en se changeant en acide carbonique, ammoniaque et urée assez rapidement, le réveil n'est suivi d'aucun assoupissement, comme cela arrive avec les hypnotiques qui se dédoublent dans l'organisme en donnant naissance à des substances capables d'effets post-hypnotiques.

On l'administre ordinairement à la dose de 2 grammes.

(Extrait des Sc. pharmac.)

Médicament hémostatique contre la fausse couche. — D'après le Dr Bossi (de Gênes) dans les hémorragies résultant d'une fausse couche susceptible d'être arrêtée, outre les moyens destinés à calmer les contractions utérines (préparations opiacées, repos absolu, application de glace sur hypogastre) on peut avantageusement employer la formule suivante :

Extrait fluide d'hydrastis canadensis...	10	grammes
— d'hamamelis virginica...	10	—
— de viburnum prunifolium	10	—
Teinture de piscinia érythrina.....	10	—
Laudanum de Sydenham.....	2	—

On administre 90 gouttes dans 1/2 verre d'eau et on répète cette dose au besoin jusqu'à 3 fois dans les 24 heures.

(1) XIIIe congrès international de médecine.

(2) F. Goldmann. (Berichte d. deutsch. pharmac. Geislisch. Berlin 1900, X. 104-110).

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE HYDROMINÉRALE

Les Cardiaques aux Eaux minérales

Par MM. A. Piatot et Toussaint

La conception du traitement des cardiaques aux eaux minérales est déjà ancienne ; nous n'aborderons pas ici l'historique de la question qui a été traitée au grand complet dans la thèse de l'un de nous (1) (mai 1898). Depuis ce moment, nous avons exposé au congrès d'hydrologie de Liège, le traitement que nous prescrivons à Bourbon-Lancy aux cardiaques qui nous sont confiés. Enfin l'an dernier, en mai 1899, plusieurs séances de la Société d'Hydrologie furent consacrées à l'étude des « Indications et contre-indications du traitement hydrominéral des cardiopathies ». Les rapports et les discussions qui s'ensuivirent furent du plus haut intérêt. Il s'en dégage un fait c'est l'utilité incontestable du traitement hygiénique des cardiaques aux eaux minérales : « il n'est pas contesté, dit de Ranse, il n'est pas contestable que les eaux minérales ne puissent rendre de grands services aux cardiaques ». M. Huchard qui prit part à cette discussion affirma « sa croyance dans l'avenir de cette thérapeutique, ayant constaté un grand nombre de guérisons fonctionnelles et d'indiscutables améliorations ». Cette assertion donne la mesure exacte et précise des résultats qu'on doit espérer. Car on a voulu faire promettre au traitement hydrominéral des cardiopathies plus qu'il ne pouvait donner en annonçant des guérisons anatomiques. Sans nier absolument la possibilité tout à fait exceptionnelle de ce fait qui d'ailleurs a été observé d'une manière certaine en dehors du traitement, nous ne pensons pas que le traitement thermal puisse faire retrocéder les exsudats endocarditiques déjà organisés, ayant amené la rétraction ou la déformation d'une valvule et ayant déterminé par suite une lésion du cœur indélébile. Là n'est pas son rôle : le rôle du traitement thermal en général, mais surtout chez les enfants est de prémunir contre des attaques de rhumatisme articulaire qui, à cet âge, laissent si souvent des traces sur l'endocarde ou le péricarde. A ce moment seulement, le traitement est prophylactique et toutes les causes antirhumatismales sont indiquées. D'autre part, quand, chez un enfant, une première attaque de rhumatisme a déterminé de l'endopéricardite caractérisée par la surdité des bruits du cœur ou des frottements, un traitement thermal peut beaucoup dans la convalescence, sur des exsudats simples et tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet ont été unanimes à le reconnaître. Quant à la disparition d'un souffle dans ces conditions, elle existe évidemment et chacun de nous a pu l'observer ; mais, il y a toujours l'hypothèse que ce souffle qui disparaît si vite, était extracardiaque, comme le fait est si fréquent chez les jeunes rhumatisants. Sa disparition est donc loin d'avoir l'importance qu'on veut lui prêter.

Le rôle de la médication hydro minérale est tout différent ; elle permet de faire tolérer longtemps la lésion et de garder les malades a l'état « d'invalides du cœur » suivant l'expression du professeur Landouzy et d'éloigner la « maladie de cœur » avec ses conséquences particulièrement dans le jeune âge, en prémunissant l'enfant contre le retour offensif du rhumatisme sur le cœur, en stimulant l'état général, en combattant l'anémie rhumatismale et en obviant à l'atrophie musculaire générale si fréquente.

Comment faut-il comprendre le traitement hydrominéral des cardiaques ? Pour ce traitement complexe, il faut une eau thermale faiblement minéralisée qui puisse par la balnéation agir sur la circulation périphérique sans exciter le cœur, qui soit par conséquent éminemment sédative. L'eau de boisson doit être à la fois diurétique et diaphorétique ; le climat doit être calme et la station à une altitude modérée, car l'altitude ne convient pas aux artériels et constitue un excitant dangereux pour les cardiopathies valvulaires et les faux cardiaques nerveux et irritables. Personne ne discutera l'influence heureuse du massage, de la gymnastique suédoise manuelle et de la mécanothérapie sur les troubles circulatoires. Nous avons autrefois longuement étudié leur influence et les résultats que nous avons observés depuis lors ne font que nous encourager dans cette voie. A ce sujet, on nous a reproché de ne pas être des hydrologues purs et de ne vouloir utiliser dans notre station thermale l'influence des adjuvants qui parfois même, comme le dit M. Huchard, ont une action prépondérante. Ce qui est certain, c'est que nous faisons une large part au traitement hydrominéral externe et de boisson et que nous utilisons nos eaux naturelles.

Bourbon-Lancy possède actuellement au point de vue médical, toutes les ressources exigées et reconnues utiles pour la cure hydrominérale des cardiaques : une eau thermale de 46 à 58°, faiblement minéralisée (1 gr. 30 par litre dont 1 gr. 30 de chlorure de sodium et d'autres substances en minime proportion, iode, arsenic, lithine et manganèse). Cette eau est très sédative, qualité qu'elle doit sans aucun doute, d'après les recherches d'Albert Robin et de Binet à la présence de l'azote qui constitue 89,28 pour 100 des gaz analysés. De plus l'eau de la Reine que l'on prend en boissons est diurétique, diaphorétique, décongestive et très éliminatrice d'acide urique chez les goutteux. La station est à 240 m. d'altitude, dans un fond de vallée, abritée de de toutes parts, sauf à l'ouest. Le climat est modérément

(1) A. Piatot. Traité des maladies du cœur par l'hygiène et les agents physiques (Paris-Steinheil).

Digitized by Google

chaud, sans variations brusques de température. L'état hygrométrique est parfait, le sol est très perméable et il n'y a jamais d'humidité. Enfin, nous avons pourvu cette station d'une installation complète de massage, de gymnastique suédoise manuelle et de mécanothérapie d'après le procédé de Max-Herz de Vienne. La direction de cet établissement spécial qui fonctionne parallèlement à l'établissement thermal est confiée au Dr Krikortz et à deux masseuses très expérimentées. Ils sont pour nous des collaborateurs précieux, car ils possèdent toutes les qualités que réclame M. Censier dans son rapport à la société d'hydrologie « Il n'y a pas à s'y tromper, dit-il, le massage, la gymnastique suédoise sont des armes à deux tranchants pouvant devenir tour à tour sédatives, excitantes, révulsives, dépressives ; il ne faut donc jamais confier un cardiaque qu'à un praticien expert, et il faut toujours règler, d'après la lésion, la valeur du myocarde, les résistances périphériques, les pratiques et la dose des pratiques qui devront convenir en usant toujours au début de prudence ».

En quoi consiste le traitement des cardiaques à Bourbon-Lancy ? Ce traitement est complexe, avons-nous dit, et fait appel à toutes les ressources de la station, bains et douches sous-marines, douches tempérées, eaux en boisson, massages, diététique et influence du climat. Les bains minéraux sont donnés le matin à jeun à 34° ou 36° en moyenne de 15 à 20 minutes de durée (il est de toute évidence que la température et la durée varient suivant chaque cas particulier et nous n'énonçons ici qu'un traitement schématique). Au bain fait suite une douche en lames donnée dans le bain d'où son nom de douche sous-marine ; la température de la douche est toujours plus élevée de 1 à 2° que celle de l'eau du bain et sa durée sur tout le pourtour des articulations, en insistant tout spécialement sur les articulations douloureuses, sur la région abdominale, sur les reins et le long de la colonne vertébrale. A la sortie du bain et de la douche, le malade est mis au maillot sec, c'est-à-dire enveloppé d'un peignoir de molleton et d'une couverture de laine chauds et transporté dans son lit en chaise à porteur. Il fait la réaction dans ces conditions d'une durée de 10 à 20 minutes suivant l'effet à obtenir et ensuite on lui fait une friction générale et rapide à l'aide d'une flanelle imbibée d'alcoolat de lavande ou d'eau de Cologne. Le résultat habituel de ces bains est de diminuer la pression artérielle par réaction vaso-dilatatrice, de régulariser le pouls, à la longue de diminuer sa fréquence, de le rendre plus ample, plus dépressible, moins serré et moins cordé chez les artériels. La douche sous-marine qui est un véritable massage sous l'eau contribue beaucoup à favoriser la vaso-dilatation, en même temps qu'elle permet le traitement local des arthrites chez les rhumatisants avec cardiopathie.

Parfois, le bain et la douche sous-marine sont remplacés chez les hypo-systoliques, avec œdème des jambes, congestion hépatique et pulmonaire, par la douche tiède ou chaude d'une durée de 5 à 10 minutes, donnée exclusivement sur les membres inférieurs et la région des reins. Cette douche a une température progressivement croissante de 34 à 38 ou 39° et se termine par un jet très chaud sur les pieds ; elle est donnée en pluie ou en jet brisé. Les salles de bains et de douches sont aérées ; chaque cabine de bains à une installation de douche sous-marine ; les baignoires sont de véritables petites piscines de 500 à 600 litres dans lesquelles on descend à l'aide de marches en s'aidant d'une rampe en pente, de manière à restreindre l'effort au maximum. Nous assistons souvent nos malades à leurs premiers bains et il est rare que nous observions le plus léger degré d'angoisse ou dyspnée. Nous leur conseillons de prendre un repos tous les 5 ou 6 jours et de suspendre un jour leur traitement thermal et ils peuvent amener ainsi à la fin de leur cure sans aucune fatigue.

Indépendamment du traitement externe, les malades ont un régime de boisson, peu abondant il est vrai 500 ou 600 grammes par jour en trois fois, un verre le matin après le bain, les deux autres une demi-heure avant les repas ou une heure après. L'eau de la Reine, la plus souvent prescrite est à la température de 49° 3. Facilement tolérée par les estomacs sains et les hypochlorhydriques elle est diurétique, décongestive et provoque chez la moitié de nos malades une abondante élimination d'acide urique et d'urate de soude. L'eau de la source Descures qui est plus chaude 54° est prescrite de préférence aux malades qui ont des tendances à la constipation, en raison de ses propriétés légèrement laxatives.

En dehors du bain et de la boisson, les malades sont soumis au massage, et aux pratiques de gymnastique manuelle et de mécanothérapie. Chez les cardiaques (qu'ils soient valvulaires ou artériels) qui présentent des troubles de décompensation, caractérisés par un peu d'œdème prétibial, de l'oligurie, de la congestion hépatique avec sensibilité à l'épigastre, de la submatité des bases pulmonaires avec râles fins d'œdème ou de congestion, ces pratiques nous rendent les plus grands services. On commence toujours par le massage manuel général et abdominal, les mouvements d'inspiration forcée et les vibrations sur la région précordiale. Puis, on fait faire les mêmes mouvements avec les appareils, d'abord passifs, ensuite actifs. Au début des mouvements actifs, on met une résistance minime, qu'on augmente progressivement et il est possible de cette manière de « doser le mouvement » et de donner aux malades le bénéfice de l'exercice sans efforts. Les indications de ces diverses pratiques varient suivant l'affection, l'âge du malade, l'état du système circulatoire central et périphérique. Par exemple, dans les cardiopathies bien compensées, on prescrit de préférence la gymnastique suédoise manuelle ou les mouvements de mécanothérapie actifs avec résistance progressivement augmentée. Chez les hyposystoliques, le massage manuel a le rôle prépondérant. L'usage de la mécanothérapie rend aussi de très grands services pour faire disparaître des troubles cardiaques liés à une déformation thoracique. Des adolescents dont la croissance est rapide,

Digitized by Google

ont un thorax très allongé et aplati transversalement et d'avant en arrière, il en résulte des palpitations ou plutôt une accélération des battements du cœur et un peu de dyspnée à l'effort. Par les mouvements d'inspiration forcée les mouvements de canotage, les mouvements de rotation et de circumduction du tronc sur le bassin, on parvient à faire cesser assez rapidement ces troubles fonctionnels.

En même temps qu'ils suivent un traitement thermal et de massages, les malades observent à la station une hygiène alimentaire rigoureuse et ont un régime approprié sur lequel M. Huchard insiste depuis longtemps à si juste titre. Ce régime exclut tout les excitants, bouillons et potages gras en excès, viandes peu cuites, mets épicés ou faisandés, salaisons, conserves alimentaires, gibier de poil, poissons de mer, fromages faits, café en excès, thé, alcool, vin pur et tabac. L'alimentation se compose presque exclusivement de lait, laitage, œufs, viandes blanches très cuites, légumes secs en purée, fruits et en particulier le raisin.

En dehors de toutes les conditions qui contribuent chacune pour leur part à la disposition des troubles fonctionnels des cardiaques, il en est un dont nous avons déjà parlé et sur lequel nous tenons à insister à nouveau. L'altitude moderée (240 m.) a une influence heureuse sur les cardiopathies artérielles, car elle contribue à diminuer les résistances périphériques et par suite à soulager le cœur. En outre, le climat sédatif incite au sommeil ; beaucoup de nos malades trouvent un repos complet dès leur arrivée, à un moment où il n'est pas possible d'attribuer cet effet à l'influence du traitement ?

Quels sont donc les résultats du traitement ? En premier lieu, c'est de régulariser les circulations périphériques, de faire cesser la pâleur des téguments et des troubles engendrés par l'angiospasme (sensation de froid, fourmillements, crampes dans les mollets) ; d'amener une dépression de la tension artérielle qu'il est facile de constater à l'aide des sphygmomanomètres de Potain ou de Riva-rocci, ou plus simplement par la diminution du retentissement diastolique de l'aorte; de donner au pouls radial plus d'amplitude, de souplesse et de dépressibilité.

Souvent aussi la tachycardie et l'arythmie diminuent ; nous disons souvent car il existe des tachy-arythmies indélébiles, « véritables boiteries ducœur ». Les troubles respiratoires sont amendés, la respiration est plus ample et plus profonde ; la dyspnée d'effort diminuée dans une certaine mesure ce qu'on constate par des marches prescrites aux malades de durée et de longueur croissantes. Les fonctions digestives et intestinales se régularisent ; le foie se décongestionne, devient moins sensible ; la diurèse est plus abondante en même temps que l'œdème et les stases viscérales disparaissent. Enfin, l'état général devient meilleur, les échanges se font mieux, les oxydations sont plus actives comme le prouvent les analyses d'urine faites au début et à la fin du traitement. On conçoit d'ailleurs facilement ces résultats si les circulations périphériques sont moins languissantes et les fonctions respiratoires plus actives. Mais sur les signes physiques qui attestent l'existence de la lésion ou n'observe aucune modification ; le souffle loin de disparaître (sauf pour celui du rétrécissement mitral, si sujet à variations spontanées) devient plus net, les battements du cœur étant plus réguliers, la tachycardie moins grande et les contractions du myocarde plus fortes.

Indications et contre-indications. — Lesdeux indications principales sont les suivantes : les cardiopathies de l'enfance ou de l'adolescence, peu de temps, cinq ou six mois après la cessation des douleurs articulaires ou même dans la convalescence du rhumatisme articulaire aigu, alors que l'enfant est anémié, affaibli, atrophié au point de vue musculaire, qu'il a un pouls rapide et mal frappé, un myocarde qui a besoin d'être tonifié ; 2° les artériels au début de l'artério-sclérose qui présentent un retentissement diastolique de l'aorte, un peu de dyspnée d'effort, souvent des traces indosables d'albumine, des troubles circulatoires périphériques par angiospasme.

En outre, peuvent être améliorés, les cardiopathies au début de la décompensation, les insuffisances fonctionnelles, le retrécissement mitral avec ou sans arythmie palpitante, les cardiapathies cardio-rénales avec dyspnée toxi-alimentaire ; enfin les troubles fonctionnels ; surcharge graisseuse du cœur, palpitations d'origine périphérique, les cardiopathies de croissance, les fausses angines de poitrine, le pouls instable des nerveux.

La contre indication est formelle à la phase aiguë de l'endocardite et de la péricardite ; à la période d'asystolie confirmée avec œdèmes considérables et congestives viscérales; dans la thrombose cardiaque : la période de mitralisation des lésions arotiques ; la cardio-sclérose avancée avec dégénérescence du myocarde, les angines de poitrine vraies ; l'anévrysme de l'aorte et des gros troncs artériels.

CLINIQUE INFANTILE

Sur la gravité du rhumatisme chez l'enfant, au point de vue des complications cardiaques.

par M. le Dr H. Barbier, *médecin des hôpitaux*

Le rhumatisme articulaire, chez les enfants, est une affection grave en raison de la fréquence et de la gravité des lésions cardiaques qu'il provoque presque fatalement chez eux. On sait que Bouillaud disait que, dans l'enfance, le cœur se comporte, vis-à-vis du rhumatisme, comme une véritable articulation, et que H. Roger considérait les manifestations cardiaques comme à peu près fatales. Cadet de Gassicourt donne une proportion de 81 0/0 d'affections cardiaques, et Rilliet, Barthez et Sanné 87 0/0.

Ce qui constitue également le danger de ces rhumatismes, c'est que, souvent, ils sont peu accusés, subaigus, traînants, ne s'accompagnent pas de gonflement et de rou-

Digitized by Google

geurs des jointures, mais se manifestent par des douleurs plus ou moins accusées, durant des semaines, exagérées par les mouvements et par la pression au niveau des interlignes articulaires affectant principalement les membres inférieurs; mais souvent aussi se manifestant par un simple torticolis dont on peut méconnaître la nature articulaire si l'on n'explore pas les vertèbres cervicales, au niveau desquelles on peut constater, alors, l'existence de points douloureux, indices de l'arthrite vertébrale rhumatismale.

Le début de ces rhumatismes est souvent marqué par des phénomènes généraux : fièvre, céphalée, vomissements, etc., qui montrent bien que, chez les enfants, le rhumatisme a plus l'allure d'une maladie infectieuse générale que d'une arthropathie multiple, et que les localisations viscérales, sur le cœur, en particulier, ne sont pas en rapport avec l'intensité des manifestations articulaires. La loi de coïncidence de Bouillaud, si souvent vérifiée chez l'adulte, ne s'applique donc pas avec la même certitude chez l'enfant. La plupart des rhumatismes que j'ai observés et qui se sont accompagnés de complications plus ou moins graves du côté du cœur, rentrent dans cette catégorie et ont cédé à quelques jours de traitement par le salicylate de soude.

Je n'ai observé qu'un exemple de rhumatisme sans complications. Au contraire, dans toutes les observations que je rapporte, les complications cardiaques ont été constantes et quelques unes très graves.

Les complications cardiaques du rhumatisme chez les enfants ne méritent pas seulement d'attirer l'attention par leur *fréquence*, mais aussi et surtout, par leur *gravité*. A ce point de vue l'observation montre qu'elles affectent volontiers, pour l'endocarde, à la fois l'orifice mitral et l'orifice aortique, très souvent le péricarde, et, probablement aussi l'aorte ou les tissus qui englobent le plexus cardiaque, peut-être aussi le cœur lui-même.

Enfin, en raison probablement de cette complexité de lésions, leur *évolution ultérieure* est très grave, soit que les malades présentent une asystolie précoce et difficilement maniable par les médicaments, soit qu'ils présentent, plus ou moins atténués des signes d'*angor pectoris*, ou des menaces de syncope qui peuvent amener la mort subite.

La *multiplicité des lésions* se manifeste cliniquement par des modifications dans le timbre des bruits ou par des bruits anormaux aux orifices de la mitrale et des valvules aortiques, le plus souvent bruits de souffles doubles, indiquant des lésions complexes au niveau de ces orifices.

Lorsque l'orifice aortique est lésé, j'ai observé parfois l'existence de signes plus ou moins accusés d'*angor pectoris* : Sensation d'étau, douleur précordiale survenant par accès passagers — qui peuvent faire penser à la participation de l'aorte au processus inflammatoire.

Dans tous les cas, *la péricardite* est conjointement observée, et, quand on examine les malades quelque temps après la crise rhumatismale, alors qu'ils viennent consulter pour les accidents cardiaques dont ils souffrent, on trouve en général une voussure précordiale plus ou moins accusée, une augmentation de la matité, la pointe du cœur abaissée et déviée en dehors, mais presque toujours aussi une ondulation très marquée de la paroi thoracique, un choc étalé du cœur et quelquefois, une rétraction systolique de la pointe, etc.

Un dernier facteur de la sévérité des manifestations cardiaques du rhumatisme, c'est la gravité de leur évolution ultérieure.

Les accidents peuvent être rapides et précoces et être provoqués par des embolies cérébrales, dues au morcellement des dépôts fibrineux formés au niveau d'une valvule malade.

Mais c'est là un accident relativement rare. Ce qui l'est moins, c'est :

1° Une asystolie précoce, rebelle au traitement.

2° C'est la possibilité de la mort subite ou rapide, par syncope, dans le cours de cette asystolie, ou, au contraire, avec des symptômes d'asystolie peu accusés.

Dans le premier cas, au bout de quelques mois, quelquefois plus tôt, les malades présentent le tableau de l'asystolie, avec une prédominance, cependant, à localiser leur asystolie dans le foie qui est toujours gros, dur, douloureux; quand on percute chez ces malades le foie et le cœur lui-même dilaté et hypertrophié, on délimite, à la région moyenne du corps, une énorme zone de matité, en forme de sablier, oblique de haut en bas et de gauche à droite, dont le renflement intérieur remplit la partie supérieure et droite de l'abdomen, et correspond au foie, et dont le renflement supérieur intrathoracique correspond au cœur.

Les œdèmes phériphériques peuvent être peu accusés.

La mort peut survenir de 3 à 6 mois après le début du rhumatisme chez les enfants antérieurement très bien portants.

A quoi tient la gravité de l'évolution de ces cardiopathies chez l'enfant? Sans vouloir en discuter ici toutes les causes (aortite, myocardite, etc., je crois qu'il faut en attribuer une bonne part à la *péricardite*.

Dans la plupart des observations que nous avons relatées, on pourra relever un certain nombre de signes attribuables à la péricardite adhésive ; cette péricardite adhésive évolue quelquefois très vite et peut amener les accidents précoces d'asystolie que nous avons signalés. Dans une observation où la mort est survenue au bout de deux mois, nous avons pu constater à l'autopsie l'existence de cette péricardite qui avait été diagnostiquée pendant la vie.

Ces faits viennent à l'appui de ceux qui ont été autrefois signalés par Cadet de Gassicourt et qu'il a résumés en disant que la péricardite est fréquente dans le rhumatisme chez l'enfant et qu'elle amène dans un grand nombre de cas la terminaison fatale (*Traité des maladies de l'Enfance*. T. II).

Ces accidents peuvent être continus et progressifs, amenant la mort rapide dans les deux ou trois mois qui suivent

Digitized by Google

le rhumatisme (Cadet de Gassicourt a observé cette forme 6 fois sur 97 cas), ou bien être l'origine d'une asystolie plus tardive, mais non moins grave.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Quelles sont les fractures qui peuvent être traitées sans appareil inamovible par le massage et la mobilisation. Résultats de ce traitement.

Par le Dr Lucas-Championnière,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Le traitement des fractures par le massage et la mobilisation, c'est l'application *précoce* du mouvement du membre traumatisé. Il ne faut pas confondre avec l'emploi *secondaire* du massage pour faire disparaître l'enraidissement des membres, traitement ancien, ni avec un massage banal dont la violence déterminerait des douleurs et même des accidents.

Pour empêcher cette confusion aux dépens de la méthode on pourrait caractériser celle-ci par un mot le *gluco kinésis*.

Ce traitement consiste dans l'application du mouvement méthodique dès l'*époque la plus rapprochée* de l'accident qui a amené la fracture.

Ce mouvement doit être *méthodique* et *dosé*. Le massage très doux et très progressif jusqu'au voisinage du foyer de fracture, sans action directe sur celui-ci, est un moyen de l'application de ce mouvement qui peut cependant, en certaines circonstances, être appliqué sans massage.

Cette méthode s'appuie sur des principes nouveaux. L'immobilisation absolue est moins favorable à la réparation de l'os qu'une certaine dose de mouvements. Cette dose de mouvements est, à plus forte raison, favorable à la réparation des parties molles.

J'ai commencé par supprimer l'immobilisation dans le traitement de bon nombre de fractures (Société de Chirurgie, 1879 et 1880).

Puis j'ai appliqué la méthode avec et sans massage à toutes les variétés de fractures, en commençant par les fractures articulaires. Si le massage et la mobilisation sont appliqués dès le début, la *réparation* osseuse est plus rapide et plus solide.

La *douleur* disparaît très promptement et cette disparition est le criterium d'un bon massage et d'une bonne mobilisation. La persistance de la douleur indique que la méthode n'est pas appliquée.

La *contracture* disparaît rapidement, et cette disparition joue un rôle capital dans la disparition de certaines déformations (olécrane, clavicule, épaule, etc.). Aucun traitement n'a pu lutter contre la contracture comme celui-ci.

La *résorption* du sang et des liquides épanchés est bien plus rapide que pour les membres immobilisés.

La *vitalité* de la peau est conservée.

Les *réflexes nutritifs* assurent la conservation et la réparation des muscles et des nerfs sans atrophie.

La *souplesse* des membres est conservée et, le traitement terminé, le sujet n'a plus besoin d'un traitement secondaire comme après l'application.

Une des raisons qui peuvent encourager à supprimer les appareils, c'est la constatation faite que ceux-ci n'empêchent pas d'importantes déformations qui ne gênent pas pour la fonction. La radiographie est venue confirmer cette notion et montre qu'en dehors des déviations d'axe, il existe des déformations plus marquées qu'on ne le croyait et compatibles avec une bonne fonction.

Sur les animaux, des faits confirmatifs de ceux de la pathologie humaine ont été observés.

Il ne faut pas confondre la méthode avec l'abandon pur et simple des appareils et le retour à la fonction. Ce traitement est plus difficile à appliquer que le traitement banal par les appareils inamovibles, mais il donne des résultats qu'on ne saurait comparer.

Certaines variétés de fractures peuvent être toujours mobilisées et massées avec suppression de tout appareil d'immobilisation proprement dit, par exemple :

Toutes les fractures de l'humérus à la partie supérieure et à la partie inférieure.

A la partie supérieure jusqu'à l'insertion du deltoïde.

A la partie inférieure, à quatre travers de doigts de l'article.

Coude. Toutes les fractures et surtout les fractures de l'olécrane (je n'ai pas eu l'occasion de suturer une seule fracture de l'olécrane).

Toutes les fractures du radius au poignet qui ne comportent pas un transport considérable de la main en arrière.

Toutes les fractures de la clavicule à peu près.

Toutes les fractures du péroné à la partie inférieure sans menace de déviation de l'axe du pied.

Toutes les fractures bimalléollaires sans tendance à la déviation latérale ou postérieure.

Au genou, les fractures du fémur sans déplacement et les fractures du plateau du tibia.

Toutes les fractures de l'omoplate.

Certaines fractures peuvent être encore traitées sans appareils, mais *exceptionnellement*.

Fractnres de l'humérus à la partie moyenne sans déptacement, fractures des deux os de la jambe sans déplacement, certaines fractures des deux os de l'avant-bras.

En dehors de ces cas, on peut encore, en combinant des appareils et le massage et la mobilisation immédiate, obtenir des résultats. Mais ils sont moins frappants et moins complets que les cas précédents qui comportent la suppression des appareils proprement dits, remplacés par des moyens de protection sans contention vraie.

Dans un certain nombre de cas, la *mobilisation* peut être

Digitized by Google

faite *sans massage*. C'est la pratique qu'il faut suivre chez les jeunes enfants qui auraient tendance à faire du cal exubérant, et chez certains vieillards dont les veines sont douteuses.

Chez les enfants, la mobilisation simple pour le poignet, pour l'épaule, pour le coude, donnera les résultats les plus satisfaisants.

Chez le vieillard, j'ai laissé la fracture du col du fémur à la mobilisation et j'ai appliqué le massage à toutes les autres fractures.

Pour les cinq années qui viennent de s'écouler, le Dr Dagron, mon assistant pour le traitement des fractures et le massage à l'Hôtel-Dieu, a traité un nombre considérable de traumatismes. Voici l'indication des fractures traitées régulièrement.

Péroné, 65 cas, massage presque exclusivement sans appareil d'immobilisation.

Jambe, 90 cas, ainsi répartis :

Epiphyse supérieure, 10 cas (sans appareil).

Région moyenne 38, sauf 2 cas, combinaison d'appareils et de massage.

Bimalléollaires pour la plupart sans appareil avec mobilisation et massage.

Fémur, 6 cas (massage complémentaire).

Omoplate, 3 cas (massage exclusif).

Humérus, 60 cas.

Clavicule, 64 cas (massage exclusif, sans appareil).

40 extrémité supérieure (sans appareil, massage exclusif.

8 extrémité inférieure(massage exclusif, sans appareil).

12 région moyenne, combinaison d'appareil et de massage, sauf trois cas traités par le massage sans appareil.

Olécrane, 20 cas (massage exclusif, avec mobilisation sans appareil).

Avant-bras et cubitus, 22 cas (combinaisons diverses d'appareils et de mobilisation).

Radius, 124 cas, traités à peu près exclusivement par le massage et la mobilisation sans appareil.

Os de la main et du pied, 7 cas, traitement par le massage et la mobilisation sans appareil.

Iléotyphlite hypertrophique simulant une tumeur de la région iléocæcale. Ni néoplasme, ni tuberculose. Résection iléocæcale. Guérison.

Par M. le Dr Ed Schwartz,
chirurgien de l'Hôpital Cochin.

L'histoire des tumeurs de la région iléocæcale commence à être bien assise ; la tuberculose, les sarcomes, les cancers ont été bien décrits ; leur anatomie et histologie pathologique, leur traitement nous sont connus. La tumeur, ou pseudo tumeur dont nous donnons l'observation, nous a paru intéressante ; elle ne rentre pas dans le cadre de ce que nous connaissons ; il semble qu'il s'agisse d'une vraie typhlite,d'une inflammation non spécifique ayant provoqué une hypertrophie considérable des tuniques musculaires de l'intestin avec péritonite pseudo-membraneuse périphérique.

Il s'agit d'une jeune femme de 27 ans, qui vient nous trouver pour une tumeur de la fosse iliaque droite. Elle a été opérée il y a deux ans (1898), par le Pr Tillaux, d'un kyste de l'ovaire gauche; on lui aurait aussi enlevé l'ovaire droit.

Non réglée depuis, elle a vu apparaître depuis 18 mois une tumeur de la fosse iliaque droite, sans crises douloureuses très violentes ; coliques, sans phénomènes d'obstruction inestinale ; ventre libre, pas de constipation opiniâtre. Les crises douloureuses se renouvelant tous les mois, puis toutes les semaines, puis plus fréquemment, ne lui laissent plus de repos ; la tumeur augmente et avec elle les douleurs. Nous constatons l'existence d'une grosseur du volume du poing existant dans la fosse iliaque droite, douloureuse à la pression, sans grande défense musculaire, unie, peu bosselée, sonore, mate en dedans. Elle siège au niveau du cæcum. La malade a beaucoup maigri, mais elle a conservé l'appétit; ses fonctions digestives, tout en étant un peu troublées, ne le sont pas beaucoup. Nous reportant à l'ovariotomie double qu'elle a subie, nous pensons à un néoplasme du cæcum, peut-être à une tuberculose, et proposons une intervention qui est acceptée. Celle-ci est pratiquée le 10 mai 1900. La laparomie latérale droite nous permet de découvrir une tumeur de la grosseur du poing, manifestement iléocæcale, très adhérente à la fosse iliaque droite. Elle est décortiquée, puis on procède à la résection classique de toute l'anse iléo-cæcale, enfin, à son anastomose latéro-latérale entre l'intestin grêle et le côlon ascendant. Drainage de la fosse iliaque droite et fermeture à 3 plans de la paroi. La malade a guéri de son intervention après avoir fait un abcès de la paroi au niveau du drain. Elle est actuellement en très bon état. L'examen de la tumeur fait par le Pr Cornil nous a montré qu'il ne s'agissait ni de tuberculose, ni de cancer, mais bien d'une typhlite, ou plutôt d'une iléotyphlite avec hypertrophie considérable de la tunique musculeuse de l'intestin qui, en certains points, mesure de 2 à 2 centimètres 1/2. Il y a manifestement une inflammation de la muqueuse et de la sous-muqueuse. Nulle part de cellules géantes, ni de bacilles ; pas trace d'ulcération ; pas de ganglions dans les mésos. La nature des lésions ne rappellent en rien ni les néoplasmes, ni la tuberculose iléocæle, si bien connue aujourd'hui.

Il s'agit en somme, au point de vue anatomopathologique, d'une lésion de nature inflammatoire pure ayant simulé un néoplasme, mais n'en ayant aucun des caractères ; c'est une vraie iléotyphlite avec hypertrophie de la musculature intestinale. Au point de vue clinique,elle est une inflammation simple. Il est permis de se demander ce qui serait advenu si on n'eût pas fait la résection iléocæcale. Tout en n'en ayant pas trouvé, nous pensons que peut-être

Digitized by Google

des faits analogues ont déjà été observés et il y aurait grand intérêt à les rassembler pour écrire un chapitre sur une variété de typhlite hypertrophique simulant les tumeurs de la région.

THÉRAPEUTIQUE DES VOIES URINAIRES

Des résultats éloignés des différentes méthodes de traitement des rétrécissements de l'urètre.

D'après M. Albarran, l'étude comparée des résultats éloignés, obtenus par les différentes modes de traitement dans les rétrécissements de l'urètre, conduit à séparer nettement, d'un côté, les rétrécissements dits inflammatoires et, d'un autre côté, les rétrécissements traumatiques. Dans chacune de ces deux catégories, il faudrait encore établir de nombreuses divisions suivant le siège, le nombre, l'étendue et le degré de rétrécissement lui-même, ainsi que suivant les cas où il s'applique, le même traitement pourra donner des résultats éloignés absolument dissemblables. On ne peut que dire d'une manière très générale ce qu'on est en droit d'attendre de leur emploi.

I. *Rétrécissements inflammatoires non compliqués.* — Au point de vue de la fréquence des récidives, on peut classer ainsi les principaux modes de traitement des rétrécissements de l'urètre : électrolyse, dilatation progressive, urétrotomie interne, urétrotomie externe, résection et opérations autoplastiques.

L'électrolyse pratiquée par le procédé rapide, en une séance, donne lieu à des récidives d'autant plus rapides que la dilatation consécutive est moins prolongée. Les résultats éloignés de l'électrolyse, par le procédé lent, paraissent un peu meilleurs, mais les documents publiés ne permettent pas de juger le procédé à ce point de vue.

La *dilatation progressive* doit être méthodiquement conduite jusqu'au n° 60 Beniqué : il faut s'efforcer en outre de rendre au canal sa souplesse, de supprimer les brides que le passage de l'instrument efface, de guérir l'urétrite qui accompagne le rétrécissement et de tarir toutes les sources d'infection urétrale et périurétrale. A ces conditions on peut obtenir de bons résultats éloignés par la dilatation progressive, mais, sauf dans les cas légers, les résultats obtenus ne seront conservés que par l'entretien du calibre du canal au moyen de périodes successives de cathétérisme dilatateur.

L'*urétrotomie interne* ne peut guère être considérée que comme le premier temps de la dilatation progressive. Elle paraît donner de meilleurs résultats lorsqu'on pratique des sections multiples que lorsqu'on ne fait que la section unique; mais, quel que soit le procédé employé, les résultats ne seront durables que si on arrive après une ou plusieurs opérations et par la dilatation consécutive à placer l'urètre dans les conditions mentionnées à propos de la dilatation progressive. La récidive est aussi bien à craindre après la dilatatation progressive qu'après l'urétrotomie interne.

L'*urétrotomie externe* donne des résultats éloignés supérieurs à ceux des méthodes précédentes, mais cette opération n'est applicable qu'aux rétrécissements limités. Certains malades sont guéris après l'urétrotomie externe sans avoir pris de soins consécutifs : ces exemples sont rares et la récidive n'est guère évitée que par la dilatation réguliérement entretenue après l'opération.

La *résection de l'urètre* dans les rétrécissements inflammatoires limités de la région périnéo-scrotale donne des résultats éloignés comparables ou supérieurs à ceux de l'urétrotomie externe ; lorsque le rétrécissement est susceptible d'être extirpé complètement, on peut espérer que la guérison se maintienne sans traitement consécutif. Dans la région pénienne les résections étendues exposent à l'incurvation de la verge.

II. *Rétrécissements inflammatoires compliqués de tumeurs et fistules urineuses.*— Dans ces cas, la dilation progressive et l'urétrotomie interne deviennent insuffisantes. L'urétrotomie externe, et mieux encore la résection partielle ou totale de l'urètre, donne les meilleurs résultats éloignés.

Les opérations autoplastiques n'ont guère été pratiquées que dans des cas particuliers peu comparables à ceux dans lesquels ont été faites les autres opérations.

III. *Rétrécissements traumatiques.* — La dilatation progressive est ici insuffisante à assurer une guérison de quelque durée ; il en est de même de l'urétrotomie interne, quel que soit le nombre des sections. Avec ces modes de traitement la récidive est rapide.

L'urétrotomie externe donne de meilleurs résultats, mais expose aussi aux récidives malgré des soins consécutifs réguliers.

La résection de l'urètre est l'opération de choix : elle réussit mieux dans les rétrécissements traumatiques que dans les inflammatoires et peut conduire, d'emblée à la guérison définitive.

D'après M. Harrison, 1°, il importe de montrer que, dans les rétrécissements périutéraux de l'urètre postérieur, les effets de divulsion, ainsi qu'ils se pratiquent dans les opérations de Perrève et Holt, peuvent être limités à la rupture des bandes de tissu fibreux de la sous-muqueuse de l'urètre, alors que la membrane muqueuse elle-même peut échapper à toute lésion de déchirure et être entièrement ramenée par élargissement à ses dimensions normales. En ce cas, on peut obtenir de vrais résultats. Mais dans les cas où la membrane muqueuse est elle même le siège des lésions et fait corps avec le rétrécissement, elle est inévitablement rompue et déchirée, à la suite d'une dilatation forcée. Les lésions pathologiques de ces traumatismes de l'urètre peuvent être alors assimilées à celles qui succèdent aux violences extérieures survenant accidentellement et qui sont suivies de rétrécissements très serrés et récidivants.

2° Lorsque toute l'épaisseur d'un rétrécissement peut être comprise dans les limites d'une incision de moyenne dimension faite avec l'urétrotomie externe, le calibre nor-

Digitized by Google

mal de l'urètre peut être rétabli d'une façon complète et permanente. D'où il suit que l'on peut conclure que toutes les fibres contractiles constituant le rétrécissement sont dissociées au moment de l'opération et de plus que la guérison est définitive.

L'absence de récidive, en de telles circonstances, ne dépend pas nécessairement de l'usage d'une bougie, quoique son emploi soit une mesure de précaution qui devrait être invariablement recommandée;

3° Dans le cas de rétrécissements multiples ou de rétrécissements de dimensions considérables de l'urètre postérieur, traités dans leur longueur ou leur épaisseur par une incision interne de dimensions correspondantes, en dehors de toute autre considération, la tendance à leur reconstitution et à leur récidive par réapparition du tissu cicatriciel est fréquente, ceci étant probablement dû aux circonstances suivant lesquelles la guérison se fait dans les plaies de cette dimension et ainsi situées;

4° Les lésions de l'urètre démontrent de différentes façons les effets toxiques que l'urine non isolée et confinée est capable d'exercer à la fois sur l'organisme tout entier et sur les tissus en contact avec elle; que le danger de semblables effets est considérablement diminué lorsque le drainage rend impossible cette stagnation de l'urine;

5° Dans les rétrécissements récidivants préalablement traités par incision, et dans les rétrécissements primitifs d'une longueur et d'une extension considérables, il faut recourir à la section interne de dimension correspondante. Comme il pourrait y avoir doute, il serait donc plus prudent de les enlever de cette façon. Pour l'indication de l'opération et de ses résultats, de telles plaies pourraient être faites en tenant compte des principes chirurgicaux qui se rapportent à la section des rétrécissements;

6° Enfin, il faut savoir que la tendance à la recontraction et à la rédicive du rétrécissement après l'urétrotomie interne est considérablement diminuée par l'emploi simultané du drainage systématique et toujours efficace, combiné à l'urétrotomie externe ou à la ponction périnéale.

M. F. Legueu pense que dans les rétrécissements traumatiques, l'urétrotomie interne n'a que rarement à intervenir, et que dans tous ceux qui sont accompagnés d'une virole, d'un callus appréciable extérieurement, la *résection* est l'opération de choix. L'urethrotomie externe n'est que le premier temps de la résection. A la suite de la résection, les meilleurs résultats appartiennent aux cas dans lesquels la réunion a été obtenue par première intention.

Dans les rétrécissements inflammatoires, la dilatation est le traitement de choix, on pourrait dire le seul traitement. En effet, l'uréthrotomie externe n'est qu'une méthode accessoire, qui permet de pousser la dilatation jusqu'à des limites impossibles sans elle : mais elle ne peut rien sans la dilatation ultérieure. Plus la dilatation sera souvent répétée après l'uréthrotomie, et plus le rétrécissement deviendra souple, large et élastique. Dans les urèthres durs, pour les rétrécissements très serrés, M. Legueu conseille la dilatation tous les jours; grâce à cette précaution, des malades recouvrent un canal tel qu'ils ne l'avaient pas eu depuis longtemps.

L'uréthrotomie externe n'intervient que dans les rétrécissements compliqués de périuréthrites; en dehors de cela, elle n'est qu'une méthode de nécessité et dont les indications sont exceptionnelles.

La résection dans ces rétrécissements compliqués est une excellente opération. L'auteur la fait partielle le plus souvent; mais alors même qu'elle est totale, on peut avoir un très bon résultat; il cite un malade auquel il réséqua au mois de décembre dernier 4 centimètres au moins de l'urèthre périnéal; ce malade s'est refait un urèthre aux dépens des parties molles; il urine largement, et se sonde de temps en temps et par précaution avec une sonde à béquille n° 21.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique de l'assistance médicale gratuite. — Tel est le titre d'un important ouvrage format in-8° de 398 pages de texte, que vient de faire paraître M. Marois, inspecteur de l'assistance publique du Gers.

S'étant rendu compte, par la pratique, des nombreuses difficultés que présentait la loi du 15 juillet 1893. M. Marois a pensé que les diverses administrations, municipalités, Commissions administratives, médecins, pharmaciens, sages-femmes, etc., devaient en connaître, non seulement le texte, mais encore l'esprit qui a présidé à son élaboration et les utiles instructions qui ont suivi.

Laissant de côté les controverses que peut soulever le texte du législateur, M. Marois s'est efforcé d'introduire pratiquement dans nos mœurs cette loi spéciale : de nombreux textes de lois, des circulaires et décisions ministérielles, des arrêtés de tribunaux, des extraits de *Revues*, des fragments de discours prononcés au Parlement et des instructions préfectorales, constituent la *première partie* du travail dont il s'agit; de nombreux modèles, tableaux et formules (au nombre de plus de 80) formant les *Annexes*, sont intelligemment présentés et complètent heureusement l'ouvrage.

Aussi, MM. les maires, juges de paix, secrétaires de mairie, membres des diverses commissions administratives, hospices et bureaux d'assistance, médecins, pharmaciens et sages-femmes auront intérêt à consulter cet intéressant volume.

Société d'hygiène de l'enfance. — *Concours de 1900.* — La Société d'hygiène de l'enfance a choisi comme sujet de concours la question suivante : *Du Rachitisme, ses causes, ses effets immédiats et éloignés.*

Les mémoires inédits et écrits en français, allemand, anglais, italien ou espagnol porteront une épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur. Ces mémoires devenant la propriété de la Société ne pourront être réclamés par leurs auteurs. Le concours sera clos le *31 décembre 1900.*

Adresser les mémoires, avant cette date, à M. le Dr Chassaing, président de la Société d'hygiène de l'enfance, 207, rue Saint-Antoine, à Paris.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi du citrate de bismuth et du citrate double de bismuth et d'argent dans le traitement de la blennorragie

Par F. BALZER, *médecin de l'Hôpital St-Louis*
et LEROY, *interne des hôpitaux*

En constatant les heureux résultats obtenus par l'emploi des sels d'argent tels que le nitrate, le citrate, le protargol, etc., dans le traitement de la blennorrhagie urétrale, nous avons pensé que d'autres sels métalliques solubles pouvaient posséder des propriétés comparables.

Le bismuth est employé souvent avec beaucoup de faveur dans traitement de la blennorrhagie, mais toujours sous la forme de ses composés insolubles, sous-nitrate de bismuth, salicylate, sous-benzoate, gallate, iodo-gallate, etc. Nous avons pensé qu'un sel soluble, en mettant le métal plus directement en contact avec les éléments anatomiques et les agents pathogènes, devrait avoir une action capable de démontrer la véritable valeur du bismuth dans ce traitement de la blennorragie. Nous avons essayé le citrate de bismuth d'autant plus volontiers que nous supposions que l'acide citrique, essayé avec succès dans le traitement de la blennorragie, ne pourrait que favoriser les effets du bismuth.

Plus tard, en présence des résultats trop inégaux obtenus par l'usage de ce sel, nous avons pensé à renforcer son action en l'associant au citrate d'argent et nous avons tenté une nouvelle série d'essais avec le citrate double de bismuth et d'argent.

***

Nous avons employé les deux sels en solution étendue et suivant la méthode des grands lavages urétro-vésicaux de Janet. Nous ne décrirons pas le modus faciendi de cette méthode qui est connue de tous.

La recherche des gonocoques a toujours précédé le traitement et en a quotidiennement contrôlé les résultats.

***

Avant de rapporter les observations nous devons dire quelques mots de la préparation du citrate de bismuth. Pour nous en procurer, nous nous étions adressé à M. Portes, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, et c'est sur ses indications qu'il a été préparé par M. Serre, interne en pharmacie du service. M. Serre nous a remis à ce sujet la note suivante :

« CITRATES DE BISMUTH. — Il existe deux citrates de bismuth, le citrate neutre de bismuth qui sert à préparer le citrate de bismuth ammoniacal et dont on verra plus loin le mode de préparation et les propriétés, et un citrate basique qui s'obtient en décomposant par une chaleur modérée le citrate de bismuth ammoniacal.

CITRATE NEUTRE DE BISMUTH ($C^6 H^5 O^7 Bi$). — Pour préparer le citrate neutre de bismuth on prend :

Sous-nitrate de bismuth	100 grammes
Acide citrique.....	70 —
Eau distillée.....	Q. S.

On fait bouillir le sous-nitrate de bismuth et l'acide citrique avec 400 grammes d'eau distillée, en agitant sans cesse pour favoriser la réaction qui est terminée lorsqu'une goutte de la mixture se dissout complètement dans l'eau ammoniacale, en donnant une solution limpide. On ajoute alors 500 grammes d'eau distillée, on laisse le précipité se déposer, on le lave avec de l'eau distillée, d'abord par décantation puis sur un filtre, jusqu'à ce que les eaux de lavage soient insipides et on sèche le produit à une douce chaleur.

Ainsi préparé, le citrate neutre de bismuth se présente sous la forme d'une poudre blanche, amorphe, sans odeur et sans saveur, insoluble dans l'eau et dans l'alcool, mais soluble dans l'eau ammoniacale ; fortement chauffé, le sel se charbonne, puis au rouge, il donne un résidu noirâtre avec des parties jaunes qui sont solubles à chaud dans l'acide nitrique. La solution nitrique versée goutte à goutte dans l'eau donne un précipité blanc ; l'hydrogène sulfuré en excès donne un précipité noir de sulfure de bismuth dans la solution ammoniacale de citrate de bismuth ; si alors au liquide filtré et refroidi auquel on aura enlevé $H^2 S$ par la chaleur on ajoute de l'eau de chaux et qu'on fasse bouillir le tout, il se formera un précipité blanc de citrate de calcium, et le liquide filtré traité par un égal volume d'acide sulfurique concentré et *froid* ne devra pas se colorer en *brun-rose*, si on y ajoute un petit cristal de sulfate de fer, ce qui démontrera l'absence des nitrates.

Le sel ainsi préparé va nous servir pour préparer le citrate de bismuth ammoniacal.

CITRATE DE BISMUTH AMMONIACAL. — Pour préparer le citrate de bismuth ammoniacal, on prend :

Citrate de bismuth....	100 grammes
Ammoniaque....	Q. S.
Eau distillée.....	

On fait avec le citrate de bismuth et 200 grammes d'eau une pâte molle et on y ajoute peu à peu de l'eau ammoniacale jusqu'à ce que le sel soit complètement dissous et que le liquide ait une réaction neutre ou faiblement alcaline. On filtre la solution, on l'évapore en consistance sirupeuse et on l'étend sur des plaques de verre pour l'obtenir en écailles en la chauffant à une douce chaleur.

Digitized by Google

Le citrate de bismuth ammoniacal doit être conservé à l'abri de la lumière dans de petits flacons bien bouchés; il se présente sous la forme de petites écailles brillantes, translucides, devenant opaques à la lumière, sans odeur d'un goût metallique et très acide à réaction neutre ou faiblement alcaline, il est très soluble dans l'eau, très peu dans l'alcool. Fortement chauffé le sel fond, puis se charbonne, et finalement laisse un résidu noirâtre avec des parties jaunes solubles à chaud dans l'acide nitrique; cette solution versée goutte à goutte dans l'eau donne un précipité blanc. La solution aqueuse de citrate de bismuth ammoniacal chauffée avec la potasse donne des vapeurs d'ammoniaque et traité par H^2S un précipité noir.

Remarque I. — On recherche le nitrate dans le citrate par le procédé indiqué plus haut.

Remarque II. — La solution-mère employée dans le service était au cinquantième; pour avoir une solution limpide il faut la faire bouillir, à froid elle est toujours un peu louche. On a aussi employé dans le service le citrate de bismuth ammoniacal additionné d'un dixième de citrate d'argent, produit connu dans le commerce sous le nom d'*Itrol* et qu'on dissolvait dans un peu d'eau avec quelques gouttes d'ammoniaque.»

***

C'est avec une certaine hésitation que nous avons employé au début le citrate de bismuth en lavages urétraux, en raison de sa grande toxicité.

On sait qu'il est employé dans la pharmacopée anglaise et américaine et qu'il rend des services dans le traitement des affections gastro-intestinales. Cet emploi n'offre pas de danger, car le bismuth se précipite au contact de la muqueuse de l'estomac et de ses sécrétions.

Employé, au contraire, en injections sous-cutanées à très petites doses, il détermine rapidement des accidents graves, et notamment une gingivo-stomatite gangréneuse. Ces accidents, suivant la résistance des animaux en expérience, se produisent avec une plus ou moins grande rapidité, mais toujours avec une grande intensité.

Il nous semblait donc nécessaire de procéder avec une grande prudence dans l'essai des solutions de citrate de bismuth en lavages de la muqueuse urétro-vésicale. Il nous fut promptement démontré que nos craintes étaient illusoires. Le citrate de bismuth était supporté sans causer de vives douleurs, et son action toxique n'était guère à redouter, non seulement en raison du rapide passage de la solution dans l'urètre, mais aussi en raison de l'obstacle opposé à l'absorption par la muqueuse urètro-vésicale. Il est probable, en effet, que le bismuth, au contact de cette muqueuse, se précipite, comme il le fait au contact de la muqueuse du tube digestif et que sa pénétration se trouve ainsi promptement arrêtée.

Nos premiers essais nous démontrèrent bientôt une action assez manifeste de la solution bismuthique sur le gonocoque. Mais cette action ne se manifestait réellement que dans la période de déclin, lorsque l'inflammation est redevenue superficielle. Elle était insuffisante pendant la période aiguë, lorque les gonocoques sont infiltrés profondément dans les tissus urètraux et péri-urètraux. C'est dans l'espoir de faciliter un peu cette pénétration que nous avons associé le citrate de bismuth au citrate d'argent dont la faculté de pénétration se rapproche de celle du nitrate d'argent et de l'argentamine. Nous espérions aussi atténuer par la présence du bismuth l'action un peu trop vive et trop irritante du citrate d'argent.

Citrate de bismuth. — Nous avons commencé nos essais par des solutions très faibles, au 1/20000, puis devant l'innocuité complète des lavages nous avons progressivement élevé la dose jusqu'au 1/500.

Chez les derniers malades traités nous débutons d'emblée par des lavages au 1/2000 et dès le troisième lavage nous atteignons la solution à 1/500.

Ces lavages, même à cette dernière dose, sont très bien tolérés par les malades. Dans les cas de blennorragie aiguë, la douleur, d'ailleurs supportable, des premiers lavages, nous a paru devoir être rapportée bien plutôt à la distension mécanique de l'urèthre enflammé, qu'à l'action irritante de la solution; cette douleur disparaissait, en effet, rapidement après l'irrigation. La réaction produite sur la muqueuse uréthrale est peu marquée et de courte durée. Jamais nous n'avons constaté l'exsudat séreux abondant déterminé par d'autres substances, par le permanganatede potasse notamment. Mais par contre, l'écoulement purulent reparaît rapidement après le lavage, quelquefois moins d'un quart d'heure après, pendant la période aiguë.

Quoique nous ayons toujours pénétré dans la vessie, même dans les cas où l'examen par la méthode des deux verres semblait montrer l'intégrité de l'urèthre postérieur, nous n'avons jamais eu de complication de cystite. Mais nous avons été forcés de suspendre le traitement chez deux malades, qui, atteints antérieurement d'épididymite, se voyaient menacés d'une récidive.

***

Voici les résultats provenant du dépouillement de dix observations :

A. — *Blennorragies aiguës au début ou à la période d'état :*

Digitized by Google

Obs. I. — Blennorragie au 3e jour, assez intense, méat rouge et tuméfié; écoulement verdâtre très abondant, vives douleurs à la miction, érections nocturnes. Les 2 urèthres sont atteints.

La 1re irrigation au 1/20.000 est un peu douloureuse, après la 2e, on constate une légère amélioration dans l'abondance et la purulence de l'écoulement. Les douleurs à la miction sont moins vives, mais les érections nocturnes toujours fréquentes.

Les irrigations suivantes modifient peu l'état du malade, qui après la 12e injection n'est plus revenu.

Obs. II. — Blennorragie au 15e jour, avec phénomènes inflammatoires toujours peu marqués. Actuellement, écoulement abondant, verdâtre; légère douleur à la miction; érections nocturnes; nombreuses gonocoques. Après le 2e lavage le malade paraît très amélioré; presque plus d'écoulement, très peu de gonocoques, mais ce résultat est peu durable, car le lendemain l'écoulement a repris tous ses caractères.

7 autres lavages sans résultats bien appréciables. Le malade n'est plus revenu.

Obs. III. — Blennorragie au 20e jour; il a été atteint le 10e jour d'une orchite droite actuellement en résolution.

Peu de phénomènes inflammatoires, écoulement purulent verdâtre abondant, renfermant de nombreux gonocoques. Les 2 urèthres sont atteints; après la 2e irrigation, on note une légère amélioration. Après la 4e, l'écoulement est très diminué, les gonocoques plus rares. Puis, l'état reste stationnaire; après la 12e irrigation, l'épididyme droit redevenant douloureux, le traitement est interrompu.

Obs. IV. — Le malade est à sa 2e blennorragie et au 20e jour de celle-ci. Peu de phénomènes inflammatoires; écoulement verdâtre très abondant, les deux urètres sont pris. Le testicule droit est un peu douloureux, mais non tuméfié.

Après la 3e irrigation, l'écoulement est moins purulent, mais toujours aussi abondant, les gonocoques sont plus rares. Après la 7e irrigation, on note une améliorations notable. Après la 12e irrigation, l'épididyme droit qui était pendant toute la durée du traitement resté douloureux, se tuméfie. — Abandon du traitement.

Obs. V. — Le malade en est à sa 1re blennorragie qui date de 15 jours. Les phénomènes inflammatoires sont très marqués, les 2 urèthres sont atteints. Dès la 2e irrigation, les phénomènes inflammatoires s'apaisent un peu, mais l'écoulement est peu modifié. 18 irrigations sans grand résultat sur l'abondance ou la purulence de l'écoulement. On traite alors le malade par le sel double de citrate d'argent et de bismuth. (Voir plus loin.)

Obs. VI. — 1re blennorragie à son 3e jour. Vives douleurs à la miction, écoulement jaune verdâtre très abondant. 12 irrigations sans action bien marquée sur l'écoulement. Le malade est de même que le précédent, traité alors par le sel double. (Voir plus loin.)

En somme, pour tous les cas de blennorragie traités pendant la période aiguë, le citrate de bismuth employé seul a été insuffisant à procurer la guérison. Il ne donnait qu'une amélioration passagère, cessant peu d'heures après le lavage.

B. — *Blennorragie au déclin*

Obs. VII. — Blennorragie de 28 jours; écoulement sisqueux, jaunâtre, abondant. Plus de phénomènes douloureux; nombreux gonocoques. Dès le 1er lavage, l'écoulement, diminue sensiblement et l'on ne retrouve presque plus de gonocoques. Après la 2e irrigation, disparition complète de l'écoulement purulent, en pressant sur le gland, légère goutte opaline contenant quelques gonocoques dans les cellules épithéliales.

Six autres lavages amènent la guérison définitive.

Obs. VIII. — 3e blennorrhagie qui date de 6 semaines, et qui a été compliquée vers la 3e semaine d'une cystite aujourd'hui presque terminée. Ecoulement blanc, jaunâtre visqueux, purulence des dernières gouttes et contractions douloureuses à la fin de la miction; nombreux gonocoques. Après la 1re irrigation, l'écoulement est moins abondant et moins épais. A l'examen microscopique, les cellules épithéliales sont plus nombreuses que les globules de pus. — Pas de gonocoques. Après la 2e irrigation, il n'existe plus trace d'écoulement.

Après 2 injections supplémentaires, le malade sort complètement guéri.

Obs. IX. — Blennorragie depuis un mois, écoulement blanchâtre visqueux, plus de phénomènes douloureux. Gonocoques. Guérison avec 3 irrigations.

Obs. X. — Blennorragie de 6 semaines, compliquée d'orchite dans la 3e semaine. Pas de traitement antérieur. Guérison avec 6 lavages.

Enfin, nous avons traité un malade atteint de conjonctivite blennorragique de l'œil droit au 8e jour. Les paupières étaient distendues, pus jaune verdâtre très abondant, chémosis considérable. Le 1er jour, on lui fait avec l'appareil de Kalt des injections oculaires au citrate de bismuth et il semble se produire une amélioration notable; mais celle ci n'ayant pas persisté le 2e jour, nous n'avons pas cru devoir persévérer. Le malade traité par les lavages au permanganate de potasse et les scarifications de la conjonctive a complètement guéri, en gardant, toutefois, sur la partie supérieure de la cornée, une petite taie blanchâtre. Dans des cas semblables, le citrate de bismuth semble donc insuffisant et de plus, son emploi pourrait offrir des inconvénients, à cause de la réduction possible du bismuth et de son dépôt sur la cornée.

En résumant ces observations, nous voyons donc qu'au déclin de la blennorragie urétrale, lorsque les gonocoques ont perdu de leur virulence, et que la muqueuse urèthrale a eu le temps de réagir contre l'infection, il nous a suffi dans tous les cas traités, de quelques irrigations pour amener la guérison rapidement.

C'est donc seulement pour ces derniers cas que nous pouvons recommander les lavages au citrate de bismuth. Ils ont l'avantage de n'être pas irritants, mais il faut le reconnaître, ils ne donnent pas de résultats supérieurs à ceux que procurent le permanganate de potasse ou les sels d'argent à doses faibles.

Ils pourraient être employés lorsque ceux-ci sont mal tolérés.

***

Citrate double de bismuth et d'argent. — Nous

Digitized by Google

avons commencé par des solutions à 1/2000, ce qui, étant donnée la composition du sel double, nous donnait un titre de 1/2.200 pour le citrate de bismuth et de 1/20.000 pour le citrate d'argent. Nous n'avons pas dépassé la solution à 1/1000.

Ces lavages sont beaucoup plus douloureux que les précédents, et la douleur persiste 3 ou 4 heures après le lavage. Celui ci provoque, en outre, une réaction séreuse plus ou moins accusée, suivant les sujets; la purulence de l'écoulement ne se reproduit que plusieurs heures après les irrigations, de 2 à 5 heures, suivant les cas. Pas plus qu'avec le citrate de bismuth, nous n'avons eu à combattre de complications vésicales.

Voici les observations des malades traités :

Obs. XI. — (Voir l'obs. V de la série précédente.)

Au moment où nous entreprenons ce nouveau traitement, le malade a encore un écoulement très abondant jaune verdâtre avec nombreux gonocoques. Dès la 1re injection, il se produit une amélioration légère. Après la 4e injection, l'écoulement est presque tari et les gonocoques difficiles à trouver dans la goutte que fait sourdre la pression du méat. Après 4 autres injections supplémentaires, le malade paraît entièrement guéri.

8 jours plus tard, après un coït suspect, il revient avec une seconde blennorragie, avec phénomènes inflammatoires aussi marqués que lors de la première.

Avec 12 lavages, il est de nouveau guéri.

Obs. XII. — (Voir l'obs. VI.)

Amélioration de l'écoulement après la 3e irrigation ; à la 8e il ne restait plus qu'une légère goutte opaline, contenant des cellules épithéliales avec quelques gonocoques; malheureusement le malade a cessé de venir.

Obs. XIII. — 2e blennorragie qui date de 2 mois, écoulement abondant, verdâtre. Souffre un peu en urinant. Urétrite postérieure. Après la 3e irrigation, l'écoulement est moins abondant et plus clair. L'examen microscopique montre les cellules épithéliales plus nombreuses que les globules de pus. Peu de gonocoques. Après la 12e irrigation, l'écoulement est complètement tari. Nous n'avons pas revu le malade.

Obs. XIV. — Blennorragie de 8 jours, écoulement purulent jaune verdâtre, pas d'urèthrite postérieure. Après la 5e injection, amélioration sensible, après la 7e presque plus de gonocoques. L'urine est claire dans les 2 verres, mais renferme de nombreux filaments. Après le 13e et dernier lavage, plus d'écoulement; quelques filaments dans l'urine, ne renfermant pas de gonocoques. Le malade a été revu huit jours plus tard, la guérison s'était maintenue parfaitement.

Ces observations nous montrent le sel double beaucoup plus énergique que le citrate de bismuth, mais il cause beaucoup plus de douleurs et des réactions beaucoup plus vives. L'action thérapeutique, en somme, semble appartenir beaucoup plus au citrate d'argent qu'au citrate de bismuth.

Conclusions. — 1° Le citrate de bismuth, employé en lavages n'a qu'une faible action dans le traitement de la blennorragie. Il est insuffisant dans la période aiguë et dans les cas qui présentent une certaine intensité; la solution n'agit alors que par le balayage du pus et peu de temps après, celui-ci reparaît. Le citrate de bismuth n'a donc pas une action suffisamment pénétrante et il est à ce point de vue bien inférieur aux préparations d'argent. Il ne peut réussir que dans les cas aigus à leur déclin, ou dans les urétrites chroniques superficielles; il donne alors des résultats satisfaisants et peut être employé dans les cas où l'on redouterait de provoquer trop de réaction par d'autres agents.

2° La solution de citrate double de bismuth et d'argent paraît agir comme le citrate d'argent. Il est possible que le citrate de bismuth modère dans une certaine mesure l'action irritante du citrate d'argent et nous croyons que l'association des deux sels peut avoir des avantages.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De la cure sulfatée-sodique dans le traitement des dyspepsies (1).

par A. Manquat (de Nice)

Les effets du sulfate de soude dans les dyspepsies, connues depuis longtemps par l'action heureuse de certaines eaux minérales sulfatées-sodiques, ont été précisés et mis en relief dans ces dernières années par M. Hayem. Cet auteur prescrit 4 à 6 grammes de ce sel dans un quart de verre d'eau tiède ou dans un verre d'eau de Vichy (Celestins), tiède au bain-marie, dans divers états hyperpeptiques. Nous avons étudié les effets d'une dose de 6 grammes dans un grand verre d'eau bouillie à 37° environ le matin à jeun une heure ou une heure et quart avant le petit déjeuner. Cette dilution nous a paru désirable dans le double but d'éviter l'action agressive d'une solution plus concentrée sur la muqueuse gastrique et de faire une sorte de lavage interne de l'estomac.

Le médicament a été généralement prescrit pendant une *vingtaine de jours*.

On remarquera combien l'on se rapproche, par ce mode d'administration de celui des eaux thermales, avec cette différence que, dans le procédé que nous indiquons, la minéralisation est simplifiée et exactement dosée.

Il va sans dire que la cure sulfatée-sodique, doit être corroborée par un régime approprié à chaque cas, mais régime plus individuel que systématique et théorique, le plus souvent très large et non débilitant comme la plupart des régimes antidyspeptiques, c'est-à-dire assez abondant. Les autres règles hygié

(1) Extrait d'une communication au XIIIe Congrès international de médecine.

Digitized by Google

niques (mastication suffisante, repos après les repas) seront aussi prescrites.

Voici les cas dans lesquels ce mode d'administration du sulfate de soude nous a donné de bons résultats.

1° Dans les *dyspepsies* caractérisées *cliniquement* par : a) l'*hyperesthésie* de la muqueuse gastrique, subjectivement perçue, c'est-à-dire douloureuse, ou simplement rendue consciente par des sensations plus ou moins vagues au niveau de l'estomac, ou déduite de ses effets de réflectivité; — b) la *contraction spasmodique du pylore* qui en résulte par action réflexe; — c) *régurgitations hyperacides*, mais *non fétides, fréquentes* qui témoignent à la fois de l'une et de l'autre; — d) la *lenteur de l'évacuation stomacale*, démontrée par la persistance de ces régurgitations et la constatation du *clapotage* pendant cinq, six heures et plus après chaque repas; — e) le tout s'accompagnant d'*appétit normal ou exagéré*, avec entraînement à une mastication rapide et insuffisante; d'*inaptitude au travail et surtout aux exercices physiques* en même temps que de *bouffées de chaleur* et de rougeur de la face de suite après les repas et au contraire de *paleur du visage* quelques heures après; souvent d'une *tendance invincible au sommeil* après les repas, d'autres fois au contraire surtout chez les sujets prédisposés par un état névropathique, d'*insomnie* la nuit, très souvent enfin de *constipation*,

Cet état correspond à diverses formes de dyspepsie décrites par les auteurs sous des désignations variables, mais impliquant toutes l'idée de *suractivité des fonctions gastriques*. Nous croyons, pour notre part, qu'à côté de la notion de suractivité, il faut faire intervenir, avec une importance non moins grande, celle de *perturbation dans l'équilibre* qui préside normalement à l'activité des diverses modalités fonctionnelles de l'estomac. *C'est l'incoordination entre ces diverses modalités qui consacre la dyspepsie*. Si, en effet, l'équilibre restait réalisé, on ne voit pas bien pourquoi la suractivité constituerait *primitivement* un état morbide, et l'on aurait peine à comprendre pourquoi un individu capable de digérer trop vite ou trop complètement serait *par ce seul fait*, un malade. Même en admettant une insuffisance quelconque de la digestion stomacale, on pourrait physiologiquement supposer que le secours de la digestion intestinale en atténuerait pour le moins les effets. *Il faut donc autre chose et plus qu'une opération chimique défectueuse pour engendrer le syndrôme subjectif connu en clinique sous le nom de dyspepsie*.

Je ne nie point que des troubles chimiques ne puissent exister isolément, d'une façon latente, pendant un temps plus ou moins long; mais ces formes primitivement chimiques ne sont pas celles qui donnent lieu à la symptomatologie habituelle de la dyspepsie; elles sont l'expression ou la cause de lésions stomacales diverses; on peut les faire rentrer dans la dyspepsie, mais par extension du sens donné primitivement à ce mot par les cliniciens, et à la suite des études chimiques précises qui ont été faites de ces états morbides.

Quant au syndrôme *dyspepsie*, si l'on veut en saisir la physiologie pathologique, il est nécessaire de faire intervenir l'incoordination fonctionnelle. On conçoit très bien par exemple que si, au moment où l'estomac devrait expulser son contenu et se reposer, un *spasme pylorique* trop puissant (spasme sur l'importance duquel a insisté avec tant de raison M. A. Robin) s'oppose à son évacuation, il puisse en résulter des troubles dus à la *stase*, c'est-à-dire à la persistance de l'excitation stomacale et à la prolongation de l'action d'une sécrétion gastrique, modifiée elle-même dans les rapports de ses diverses éléments, On peut prévoir aussi que l'évacuation lente et tardive, et par petites portions, du contenu stomacal entraînera une irrégularité dans la digestion intestinale, en même temps qu'une absorption complète des parties liquides de chaque portion, et par suite la fermentation du bol fécal en *petites masses dures* qui progresseront difficilement et lentement, ce qui constituera la *constipation des dyspeptiques*. On s'explique aussi, en faisant intervenir la notion d'incoordination fonctionnelle de l'estomac, le lien indéniable qui existe entre les dyspepsies et les états névropathiques d'une part, et l'influence des éléments psychiques sur la digestion d'autre part.

Sans entrer plus avant dans cette conception des dyspepsies par excès qui, *en associant les idées de suractivité et d'incoordination fonctionnelles*, n'est, en définitive, que la *traduction* fidèle de ce que révèlent à la fois l'observation clinique et l'étude du chimisme stomacal, et abstraction faite intentionnellement des désignations usuelles qui ne paraissent pas devoir être définitives parce qu'elles ne représentent que des notions incomplètes ou insuffisantes dans la connaissance de ces états morbides, je dirai comment agissent les solutions sulfatées sodiques étendues sur le rétablissement de l'équilibre fonctionnel de l'estomac : cette action est double, à la fois, *mécanique* et *organique*.

a) Il se fait d'abord chaque matin, un véritable *lavage interne de l'estomac*, qui a pour effet d'évacuer cet organe et de soustraire ainsi mécaniquement l'influence des liquides résiduels sur les digestions suivantes et sur la muqueuse gastrique elle-même. Toute entrevue à l'action normale des ferments digestifs est ainsi écartée, en même temps que l'influence de l'un des facteurs qui mettent le plus acti-

Digitized by Google

vement en jeu l'hyperesthésie gastrique (laquelle me paraît être, comme à M. Le Gendre, le *primum movens* de la grande majorité des troubles dyspeptiques par excès), est annihilée.

La digestion du premier déjeûner s'accomplit ainsi plus normalement et l'estomac bénéficie d'un premier repos qui permettra à la digestion du repas de midi de s'effectuer dans de meilleures conditions. Peu à peu, l'évacuation de l'estomac deviendra plus régulière et rendra à cet organe, en rompant artificiellement la continuité de sa suractivité, l'intermittence qui assure la détente des diverses modalités fonctionnelles, en particulier, celle de la sensibilité et des réflexes qui résultent de l'hyperesthésie.

b) A cet effet purement mécanique de lavage, qui n'a guère attiré l'attention jusqu'ici, s'ajoute une *action propre du sulfate de soude*. Cette action me paraît être *cellulaire*, car le mélange de sulfate de soude et de certaines matières colorantes, en particulier, le carmin aluné et le picro-carmin, *augmente l'électivité de ces colorants pour les noyaux des cellules*. Elle est très puissante, ainsi qu'il ressort des analyses de M. Hayem.

Cet auteur a vu que les doses supérieures à 4 grammes chez les *hyperpeptiques* de divers types, déterminent presque constamment une diminution de l'acide chrohydrique libre. L'acide chlorhydrique combiné est le plus souvent augmenté et l'acidité totale presque invariablement diminuée. Le rapport de l'acidité totale diminuée de l'acide chlorhydrique libre, à l'acide chlorhydrique combiné, est souvent augmenté, par suite de la présence d'acide acétique. La sécrétion gastrique est généralement diminuée.

Ces raisons expliquent aussi les heureux effets des solutions sulfatées-sodiques diluées dans les états dyspeptiques dont il nous reste à parler et qui appartiennent au même groupe que les précédents.

2° Chez les *chlorotiques dyspeptiques*, outre l'amélioration des fonctions de l'estomac, on obtient la cessation des douleurs gastriques, si fréquentes parmi cette catégorie de malades, et la régularisation des garde-robes ordinairement troublée.

3° Chez les *tuberculeux éréthiques*, ou *fébricitants* qui manquent d'appétit, digèrent lentement et évacuent mal l'estomac, les fonctions digestives sont améliorées. En outre, l'action sédative du sulfate de soude sur le pouls et la température nous a paru justifiée. Ici, il y a nécessité de surveiller attentivement les effets du médicament au point de vue des troubles que ce dernier est susceptible de provoquer.

4° Dans les *dyspepsies douloureuses* sans lésion organique, les douleurs sont rapidement amendées. J'ai même obtenu une notable diminution des douleurs chez une dame qui avait eu dix ans auparavant un ulcère de l'estomac bien caractérisé et qui était prise par accès de poussées douloureuses intenses.

5° L'*hypersécrétion de l'estomac* accompagnée de douleurs gastriques, avec ou sans hyperchlorhydrie est diminuée par le sulfate de soude.

6° La *glycosurie des dyspeptiques*, avec congestion du foie, constipation et selles plus on moins fetides, diminue ou disparaît sous l'influence de la cure sulfatée sodique, en même temps que l'azoturie diminue.

Dangers de l'abus de la cure sulfatée sodique. — Il nous reste à dire pendant combien de temps le sulfate de soude à doses faibles et diluées peut être pris sans inconvénient. C'est là un point qu'il importe de préciser, car M. Hayem a très justement démontré que l'usage prolongé de ce médicament déterminait l'hypopepsie ou même l'apepsie.

Quand le sulfate de soude a été pris depuis trop longtemps, on en est averti par une série de troubles digestifs, peu marqués d'abord et qui disparaissent aisément avec la suppression du médicament, mais qui n'en commandent pas moins impérieusement cette suppression si on veut éviter la production de troubles persistants. Après une période plus ou moins longue d'amélioration marquée dans les phénomènes dyspeptiques, qui porte les malades à abuser du remède, on observe une *diminution de l'appétit*; en même temps, l'*évacuation de l'estomac devient plus lente*; l'*hypoacidité* du contenu gastrique contraste avec l'*exagération* de la motricité, en particulier, du *spasme pylorique*; il en résulte des *régurgitations* fréquentes, mais celles-ci ne sont plus acides, au moins pendant les premières heures qui suivent le repas.

Les sujets deviennent apathiques et l'action laxative du sulfate de soude est diminuée.

Quant à préciser rigoureusement au bout de combien de temps survient cet état d'asthénie, cela est fort difficile et d'ailleurs assez variable. On peut dire qu'il se manifeste d'autant plus tôt que les doses ont été plus élevées et qu'on a répété plus souvent l'action du médicament; mais il est important de spécifier qu'il se produit presque fatalement, malgré une certaine discontinuité, si l'on n'a pas soin d'interrompre de temps à autre *complètement* l'impression de la substance par la muqueuse gastrique. Si l'on voulait, pour fixer les idées, établir des chiffres, qui ne seraient qu'une indication approximative dans l'application à un cas particulier, il faudrait dire qu'on devra se défier du sulfate de soude, pris d'une façon quotidienne, dès qu'on atteindra trente jours. L'usage tous les deux jours et à plus forte raison, tous les trois jours, (1) pourra être supporté beau-

(1) Indiqué lorsque le sulfate de soude est prescrit comme *laxatif*. Voir la première partie de ce mémoire dans le compte-rendu du Congrès.

Digitized by Google

coup plus longtemps, c'est-à-dire pendant des mois, mais dans les cas où l'on sera amené à prescrire le sulfate de soude pendant une année et plus (comme laxatif), il sera indispensable de prévenir les troubles digestifs attribuables à son action prolongée, non seulement en ne le donnant que tous les deux ou trois jours, mais encore en le *suspendant complètement* de temps à autre pendant un temps suffisant pour laisser se dissiper ses effets (six semaines à deux mois). S'il était nécessaire d'avoir recours à un laxatif pendant cette interruption, on s'adresserait de préférence à l'un de ceux qui sont, d'après M. Hayem, susceptibles de créer l'hyperchlorhydrie comme le podophyllin, la cascara sagrada ou la rhubarbe.

En tenant compte de ces données et en surveillant la réaction individuelle de chaque malade, on peut utiliser les effets *laxatifs* (1) du sulfate de soude à doses faibles et diluées pendant plusieurs années, sans provoquer aucun désordre gastrique; mais il est essentiel de ne pas se départir du souci constant de la possibilité de ces désordres et de la nécessité de les éviter en se tenant en garde contre l'abus et surtout la continuité d'action.

ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE

Fer, arsenic ou cuivre dans la chlorose

Par M. le Dr Liégeois
Correspondant national de l'Académie de Médecine

« Gardez-vous de croire que le seul traitement à employer dans la chlorose est la médication ferrugineuse! S'il n'y en avait pas d'autre, 50 0/0 des chlorotiques ne guériraient jamais » (Jaccoud).

50 0/0 guérissent par le fer; 35 0/0 par l'arsenic; 15 0/0 par le cuivre (statistique personnelle).

Le fer exagère, l'arsenic améliore l'émotivité cérébrale, spinale, cardiaque et artérielle des chlorotiques excitables, des chlorotiques névropathes ou hystériques. Après une vingtaine de jours de l'emploi de l'arsenic, le visage, les gencives, les conjonctives palpébrales commencent à recouvrer leur coloration rouge d'antan.

Voilà ce que la clinique nous apprend.

Elle nous apprend en outre que les névralgies des chlorotiques névropathes, herpétiques, hérédo-herpétiques, guérissent par l'arsenic.

Elle nous apprend enfin que les chlorotiques névropathes dyspeptiques supportent mieux l'arsenic que le fer: la gastralgie bénéficie particulièrement du traitement arsenical.

L'arsenic fournit ces beaux résultats à la condition d'être administré d'une certaine façon : jamais sous forme de liqueur de Fowler ni de liqueur de Pearson que l'on se gardera d'associer, comme quelques-uns, à une teinture de mars tartarisée ou au tartrate ferrico-potassique. Des arsenicaux, le mieux toléré est l'arséniate de soude en granules : un granule à 0 gr. 001 au déjeuner, un au dîner, pas davantage. Encore faut-il, après quinze jours, suspendre le médicament pendant une semaine pour y revenir quinze jours durant, et ainsi, si c'est nécessaire, pendant deux mois, deux mois et demi. L'humble clinicien se borne à constater l'heureuse influence de l'arsenic; il laisse aux bio-chimistes le soin de faire connaître son mode d'action.

Le cacodylate de soude — ce nouveau venu — est-il appelé à détrôner l'arséniate monosodique?

La disposition qu'ont les hématoblastes à donner naissance à des hématies malformées, la disposition qu'ont les hématies à péricliter après leur formation — double disposition qui domine, comme l'écrit M. A. Gilbert, l'histoire de la chlorose — ont parfois leurs sources « dans les profondeurs de l'hérédité ». La chlorose est ainsi préparée par une tare héréditaire de dégénérescence de la nutrition : parmi les facteurs de sa congénitalité, l'hérédo-scrofulose ou tuberculose figure, dans notre statistique, pour 15 0/0 des cas.

Depuis dix ans je traite avec le plus grand avantage les chloroses à hérédité scrofuleuse par l'acétophosphate de cuivre. Je me suis servi de ce sel cuprique à doses fortes sans fatiguer ni révolter l'estomac : deux pilules à 0 gr. 01 au milieu du déjeuner, autant au milieu du dîner, pendant un, deux, trois mois. Plus tard, je me suis assuré, par l'équivalence des résultats, que les pilules à un demi-centigramme, une seule à chaque repas, remplissent aussi bien le but. Et même ne pourrait-on s'adresser à des doses plus faibles? Après tout, on vient à bout à Saint-Christau de l'aménorrhée chlorotique avec deux ou trois litres *pro die*, pendant une saison, d'eau de la source des Arceaux! or, ces deux ou trois litres représentent 6 à 9 dix-milligrammes seulement de sulfate de cuivre (je sais bien qu'il faut également tenir compte des maigres quantités de carbonate de fer et de manganèse, d'arséniates, de chlorure de sodium que recèle cette eau).

J'ajoute que H. Hare, professeur de thérapeutique de Jefferson Medical College, a proposé en 1892 l'arsénite de cuivre (1 à 2 mmgr. trois fois par jour, après les repas).

(1) Il ne faut pas confondre l'utilisation des effets *laxatifs* et celle des effets *antidyspeptiques*. Ces derniers ne nécessitent que des cures courtes d'une vingtaine de jours et qu'il est prudent de ne pas renouveler trop souvent.

Digitized by Google

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

La Verge d'or

Cette plante embellit les bois et les pâturages secs par ses belles grappes de fleurs d'un jaune brillant. Sa composition chimique en est mal connue; elle contient un tanin qui n'a pas été identifié et une matière colorante jaune.

Elle a été regardée de tout temps comme astringente et diurétique; conseillée jadis dans la gravelle, le catarrhe de la vessie, l'hydropisie, elle est presque inusitée aujourd'hui bien qu'elle ne soit pas dépourvue de propriétés.

Suivant Linné, Haller et Vogel c'est un des végétaux les plus utiles. L'expérience a montré à Cazin l'action diurétique de cette synanthérée dans les affections chroniques des reins et de la vessie : l'usage de la décoction de cette plante (60 0/00), dans un cas d'anasarque avec albuminurie suite de scarlatine chez un jeune homme de 16 ans, a suffi, à ce distingué praticien, pour provoquer une diurèse très abondante.

De même MM. D. L. Roche, Duché, Rabow (Thérap. Monatshefte 1899), ont observé que la teinture alcoolique, dans les affections rénales, l'incontinence d'urine, l'hydropisie, à la dose de 30 gouttes, répétée plusieurs fois par jour, possède une excellente action diurétique. Par contre, le Dr Huchard a pu constater, il y a quelques années, que l'infusion de verge d'or (60 0/00) était à peu près dépourvue d'activité : ce résultat qui paraît contradictoire avec les observations des auteurs précédents est imputable à la préparation galénique employée : la plante sèche, en effet, est moins active que la plante fraîche et cède peu de principes à l'eau : aussi doit-on utiliser l'alcoolature de préférence à l'infusion et à la décoction de plante sèche : on prépare cette alcoolature de la façon suivante :

Verge d'or fraîche, récoltée au moment de la floraison, et pulpée.....	500 grammes
Alcool à 90°.....	150 —

on laisse en contact 5 jours, on exprime, on lave le marc avec :

Alcool à 30°.....	q. s.

Pour obtenir avec la colature précédente 500 grammes de produit. On filtre.

Dose de XXX gouttes à 5 gr. et plus.

Dans l'hydropisie, on peut activer l'action de l'infusion de digitale de la façon suivante :

Feuilles de digitale	0 gr. 30 à 0 gr. 60

faire infuser dans

Eau distillée bouillante.....	150 grammes

passez et ajoutez

Alcoolature de verge d'or.. ..	20 grammes
Sirop de bourgeons de pin....	30 —

1 cuillerée à soupe toutes les 2 heures. — A. B.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Quelques dissolvants de l'acide urique. — *Pipérazine* — *Lycétol* — *Sidonal* — *Lysidine* — *Urotropine.* — A côté des sels de lithine autrefois seuls employés comme dissolvants de l'acide urique sont venus se placer dans ces dernières années, par suite des progrès de la chimie organique, quelques composés fort en honneur aujourd'hui.

Ce sont pour la plupart des alcalis organiques tels que la pipérazine et la lysidine. Avec ceux-là et surtout avec la pipérazine on a fait, à défaut de combinaisons, des mélanges plus ou moins heureux dont le plus grand nombre est tombé dans un juste oubli.

La pipérazine ou diéthylène-diimine est un corps très soluble dans l'eau ainsi que ses sels, de saveur peu agréable; puissant dissolvant de l'acide urique elle paraît plus active que la lithine. On l'emploie à la dose de 0 gr. 60 à 2 grammes en solution dans de l'eau gazeuse de préférence.

Il existe un dérivé de la pipérazine, très en vogue en ce moment : le lycétol qu'on est convenu d'appeler le tartrate de diméthylpipérazine bien qu'en réalité sa composition ne paraisse pas encore connue (Prunier, Médicam. chim.). Quoi qu'il en soit, ce corps peut être considéré comme donnant de bons résultats. Il est très soluble dans l'eau et peut s'employer aux mêmes doses et de la même façon que la pipérazine. Il se trouve aussi dans le commerce sous forme de granulés effervescents.

Un dérivé moins connu de la pipérazine ou plutôt un produit forgé sur elle qui vient d'être préconisé par F. Blumenthal et Schloyer, de Berlin et qui naturellement fait merveille est le sidonal.

Le sidonal est un mélange de pipérazine et d'acide quinique, il est facilement soluble dans l'eau, on l'emploie sous la forme de poudre en paquets de 0 gr. 50 que l'on prescrit dix fois par jour en solution, c'est-à-dire qu'il se prescrit à la dose de 5 à 8 grammes fractionnée.

La lysidine ou méthylglyoxalidine est un dissolvant plus puissant de l'acide urique que la pipérazine : son urate est huit fois plus soluble que l'urate de pipérazine. C'est un corps très soluble dans l'eau, non toxique, dont l'odeur est voisine de celle de la ciguë. On l'emploie à la dose de 1 à 5 grammes par jour par doses progressives.

L'urotropine ou hexaméthylène tetramine a été également vantée comme dissolvant de l'acide urique, ce médicament trouverait mieux son application comme antiseptique des voies urinaires par suite de sa facile décomposition en aldéhyde formique (formol) qui est un de ses éléments générateurs. A. G.

Solution contre les vomissements du carcinome gastrique (Robin) :

Picrotoxine.....	0 gr. 05
Chlorhydrate de morphine....	0 — 05
Sulfate neutre d'atropine.....	0 — 01
Eau de laurier-cerise.....	10 grammes

Prendre 5 à 8 gouttes.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

L'étiologie et la nature de la fièvre puerpérale

MM. Menge et Kronig, de Leipzig. — Sous le nom de fièvre puerpérale, nous comprenons une maladie des suites de couches dans laquelle des bactéries pathogènes, partant des plaies puerpérales qui se sont produites pendant l'accouchement, lèsent l'organisme.

Une élévation de la température au-dessus de la normale peut manquer. Parmi les bactéries pathogènes, nous ne pouvons faire de distinctions aujourd'hui entre celles qui agissent seulement par propriétés toxiques et les bactéries infectieuses qui ont la propriété de pénétrer dans les tissus de l'organisme.

Aussi est-il aujourd'hui impossible de faire une distinction entre une fièvre puerpérale due exclusivement à la résorption des toxines bactériennes et une autre résultant de la pénétration de bactéries dans les tissus de l'organisme.

Les bactéries pathogènes qui peuvent être aujourd'hui considérées comme capables de produire la fièvre puerpérale sont :

1° *Streptococcus pyogènes puerperalis ;*
2° *Staphylococcus pyogenes aureus ;*
3° *Gonococcus Neisser ;*
4° *Bacterium coli commune ;*
5° *Bacillus diphteriæ ;*
6° *Diplococcus pneumoniæ :*
7° Certaines bactéries qui se développent nécessairement sans oxygène, mais qui ne sont pas encore toutes connues dans leurs propriétés biologiques.

Nous pouvons considérer cependant ces bactéries comme pathogènes, parce que nous les trouvons dans les tissus des plaies puerpérales.

Le *gonococcus Neisser* ne devrait pas être écarté de la liste des bactéries pathogènes qui doivent être prises en considération quond il s'agit de la fièvre puerpérale.

L'infection puerpérale avec ces bactéries peut être hétérogène ou autogène.

Par infection puerpérale autogène, nous comprenons une infection avec des bactéries pathogènes qui ont vécu à l'état de saprophytes avant le travail sur les téguments des organes génitaux externes, ou dans le canal génital de la femme, et qui, pendant l'accouchement ou immédiatement après celui-ci, envahissent l'organisme par la plaie puerpérale et le lèsent.

Par infection puerpérale hétérogène, nous comprenons une infection avec bactéries pathogènes qui sont portées par l'air, par les instruments de l'accoucheur, ou par les mains des personnes qui dirigent l'accouchement sur la plaie puerpérale, et de là lèsent l'organisme,

La fièvre puerpérale gonorrhéenne ayant comme point de départ une gonorrhée uréthrale, vaginale ou cervicale, non plus que toutes les infections des plaies puerpérales provenant du sang ou de foyers infectieux qui siègent sur les organes génitaux externes avant l'accouchement, ne doit pas être comptée parmi les infections puerpérales autogènes, parce que dans ces cas, le caractère saprophytique de l'agent infectieux n'existe pas; il s'agit seulement de l'expansion d'un processus infectieux qui préexistait dans le corps.

Comme le *streptococcus pyogenes puerperalis*, le *streptococcus pyogenes aureus*, le *bacterium coli commune*, le *gonococcus Neisser*, le *bacillus diphteriæ* et le *diplococcus pneumoniæ* ne vivent pas à l'état de saprophytes dans les sécrétions vaginales des femmes enceintes, une infection autogène par ces bactéries ne peut pas avoir comme point de départ la sécrétion vaginale des femmes enceintes.

Une infection autogène avec les bactéries nécessairement anaérobies de la fièvre puerpérale provenant de la sécrétion vaginale est improbable. Mais elle ne peut pas encore être rejetée avec certitude, parce que l'on n'est pas parvenu jusqu'ici à distinguer les anaérobies de la fièvre puerpérale des anaérobies saprophytes de la sécrétion vaginale des femmes enceintes au point de vue de leurs propriétés biologiques.

En nous appuyant sur la clinique, nous tenons pour rare et d'un pronostic favorable l'infection puerpérale autogène par les bactéries pathogènes ayant vécu comme saprophytes sur la peau des organes génitaux externes.

Des bactéries pathogènes parties de la peau des organes génitaux externes peuvent s'élever après l'accouchement jusque dans la cavité de l'utérus puerpéral.

Une infection puerpérale autogène par bactéries ayant vécu comme saprophytes dans le canal cervical, ou dans la cavité du corps utérin, ou dans les trompes, est certainement à rejeter, car jamais ces organes ne contiennent de bactéries à l'état de saprophytes.

A l'encontre de l'infection autogène, l'infection puerpérale hétérogène a la plus grande importance. Parmi les facteurs d'une infection, il convient d'attacher une grande importance non seulement à la virulence des germes infectieux, à la prédisposition de l'individu infecté, mais aussi au nombre des agents de l'infection.

A ce point de vue, l'air, pauvre en germes, joue à peine un rôle dans l'éclosion d'une infection puerpérale hétérogène. Quand les instruments obstétricaux ont été stérilisés, les mains des personnes qui dirigent l'accouchement deviennent les porteurs essentiels des agents infectieux.

Digitized by Google

On se heurte aujourd'hui encore à des difficultés insurmontables quand on veut déterminer le degré de virulence des bactéries qui jouent un rôle dans la fièvre puerpérale. Nous pouvons seulement considérer comme démontré par l'expérience qu'en général la virulence s'abaisse quand la bactérie en question a été obligée de vivre longtemps d'une vie saprophytique.

Abstraction faite des prédispositions générales aux infections puerpérales, une prédisposition locale semble exister dans le cas d'hémostase insuffisante dans les voies génitales ou dans le cas des lésions étendues des organes génitaux.

Le foyer infectieux primitif peut siéger dans les plaies du périnée, du vagin, du col, dans tout l'endometrium, y rester localisé ou bien s'étendre par continuité ou par infection métastatique. Cette expansion se produit le plus souvent quand l'endometrium et la plaie placentaire sont infectés; plus rarement, l'infection part des plaies infectées du col; le plus rarement elle part des plaies infectées du vagin et du périnée.

Dans la propagation des microbes infectieux dans l'organisme, les voies sanguines et lymphatiques sont à peu près aussi souvent utilisées.

Le *streptococcus pyogenes puerperalis* a la plus grande tendance à dépasser les limites du foyer primitif, cependant la plupart des cas d'infection par le *streptococcus* se limitent à l'endometrium et guérissent d'elles-mêmes.

***

D'après M. Doléris, les pathogènes ordinaires des septicémies puerpérales sont :

Le *streptococcus pyogenes*, le plus commun de tous ;

Le *staphylococcus aureus*;

Le *gonococcus*;

Le *bact. coli commune*, etc.

Ils sont anaérobies ou mixtes.

La recherche des *anaérobies* a conduit à classer parmi les pathogènes de cet ordre, à côté du *b: sceptique ordinaire*, le *b. putridus* et quelques autres moins bien déterminés.

La conclusion, est donc, à l'heure actuelle, qu'on doit admettre que certains saprophytes anaérobies peuvent se développer et agir comme de véritables pathogènes, notamment dans la rétention placentaire.

L'association d'espèces diverses paraît concourir plus sûrement à l'infection.

Celle ci tue ordinaireuent par toxémie. Les lésions concourent également à la mort, notamment dans la péritonite suraiguë, par inhibition nerveuse ou obturation intestinale.

Le *staphylococcus aureus* peut tuer par métastases viscérales graves sur le péricarde, la plève, le rein, etc.

La démonstration de l'action pathogène de certains saprophytes putréfiants ramène la discussion sur l'infection autogénétique.

L'autogénèse a reçu récemment une interprétation spéciale, d'après laquelle les pathogènes préexistants dans les sécrétions vagino-utérines pathologiques ne devraient point être considérés comme saprophytes ; et comme l'infection autogénétique ne se devrait entendre que de celle qui dépend des saprophytes, cela revient à en constater l'existence.

Ce n'est là qu'une interprétation.

La Clinique est tenue d'admettre la reviviscence *in situ* de ces pathogènes préexistants dans le col utérin, les trompes, et la possibilité de la généralisation d'une telle infection après l'accouchement, sans nouvel apport de microbes pathogènes extérieurs.

M. Pestalozza, de Florence. — A l'heure actuelle il n'y a plus de discussion possible sur la nature des infections puerpérales : c'est pour cela que le Rapporteur s'est proposé l'étude des voies que les différents agents pathogènes peuvent suivre pour pénétrer dans les tissus du canal génital de la femme en couches, et des conditions qui favorisent cette pénétration. Il a suivi pour cela les résultats obtenus à la clinique obstétricale de Florence sur 4.015 femmes entrées dans le service pendant le quinquennat 1895-1899, c'est-à dire dès l'époque où l'on a renoncé dans la clinique à toute désinfection du vagin chez la femme saine en couches.

La clinique obstétricale de Florence dispose d'un service d'accouchements et d'un pavillon d'isolement pour les infections puerpérales, où sont accueillies, soit des femmes qui, ayant accouché en dehors de la clinique, présentent des accidents infectieux, soit des femmes infectées à la suite d'un accouchement à la clinique. Le service d'accouchements a accueilli pendant le quinquennat 3.847 femmes : sur ce nombre seulement 32 ont dû passer au pavillon d'isolement pour des accidents infectieux de quelque gravité, et c'était, pour la plus grande partie, des femmes dont le travail d'accouchement avait débuté quelque temps avant l'entrée à la clinique; de ces 32 femmes, 30 sont sorties guéries. Après un accouchement en ville sont entrées au pavillon d'isolement 168 femmes dont il en a succombé 23.

Les 3.847 accouchées de la clinique n'ont pas eu ni désinfection prophylactique du vagin, ni injections vaginales ou utérines après l'accouchement, même en cas d'accouchements artificiels. Ces mesures ont été réservées pour des cas très rares de femmes qui avaient été l'objet de manœuvres ou touchers suspects avant leur entrée à la clinique.

C'est sur les 200 femmes du pavillon d'isolement qu'ont porté les recherches du Rapporteur au point de vue clinique, anatomique et bactériologique. Les résultats de ces recherches qui figurent *in-extenso* dans le rapport ont permis au rapporteur d'arriver aux conclusions suivantes :

1° La marche aseptique des suites de couches est subordonnée à l'application rigoureuse des procédés de désinfection des organes génitaux externes de la femme et des mains et instruments de l'accoucheur ;

Digitized by Google

2° Il faut condamner comme superflue et dangereuse toute désinfection du vagin de la femme saine en couches;

3° En cas de doutes autorisés sur l'asepsie du vagin, c'est-à-dire chez les femmes qui ont des maladies infectieuses de l'appareil génital, ce qu'il y a de mieux à faire c'est de s'abstenir du toucher vaginal pendant l'assistance à l'accouchement.

4° La désinfection vulvaire et celle des mains de l'accoucheur sont suffisantes pour prévenir toute possibilité d'*infection* pendant l'accouchement : il reste toutefois une voie ouverte à la possibilité d'une fièvre puerpérale par intoxication (saproémie).

5° Une assistance antiseptique bien entendue doit comprendre aussi les précautions nécessaires à limiter la possibilité d'une intoxication putride puerpérale : c'est-à-dire la prévention d'une rupture prématurée de la poche des eaux; la réunion par suture immédiate de toute plaie vulvaire, vaginale ou cervicale : et surtout l'assistance prudente à la période de la délivrance, à l'exclusion de toute manœuvre d'intervention précoce. C'est là le meilleur moyen pour éviter la rétention de lambeaux de membranes, de débris placentaires, et de caillots de sang, qui donneraient un terrain trop favorable aux procédés de putréfaction.

6° Au cours des suites de couches il faut s'abstenir de toute injection vaginale utérine; bon nombre des cas d'infection doivent être rapportés à l'usage imprudent de ces moyens.

7° En cas d'accidents infectieux il est de la plus haute importance d'acquérir une connaissance exacte de la porte d'entrée de l'infection, c'est-à-dire s'il s'agit d'une infection vulvaire, vaginale, cervicale, utérine ou combinée. La pratique d'avoir recours d'emblé, en tout cas de fièvre, aux injections utérines est hautement blâmable; il y a lieu de croire qu'elles soient bien souvent l'occasion à l'extension des accidents infectieux. Surtout dans les cas où l'on se doute d'une assistance imparfaite au point de vue de l'antisepsie, il faut toujours s'informer de l'état du col de la matrice. Tout traitement de l'infection doit être précédé par un diagnostic soigné de la porte d'entrée de l'infection; ce diagnostic, à l'état actuel de nos connaissances, a une importance bien plus grande, au point de vue pratique, que ne l'aurait le diagnostic, encore entouré de trop de difficultés, sur la nature des germes infectieux.

8° Les recherches bactériologiques confirment la fréquence de l'infection streptococcique; c'est le seul agent que le rapporteur ait pu constater dans les cas de péritonite puerpérale ou dans les foyers métastatiques : quant à l'infection staphylococcique il ne l'a pu constater que sous la forme d'abcès multiples dans le parenchyme utérin (cas d'avortement criminel). L'examen bactérioscopique n'est pas toujours suffisant, parce qu'il y a des formes de streptocoques à développement anaérobien qui se retrouvent assez souvent dans les formes de saproémie, et qui n'ont démontré aucun pouvoir pathogénétique. Le b. coli n'a pu être constaté par le rapporteur que dans des cas de fièvre intra-partum par décomposition du liquide amniotique. Il y a enfin des cas qui pourraient accréditer la possibilité d'une infection diplococcique; mais selon toute probabilité il s'agit là de formes de saproémie, ou le transport de fragments de thrombus décomposés a préparé le terrain au développement des diplocoques qui se trouvaient sur la plaie.

THÉRAPEUTIQUE DES VOIES URINAIRES

Opérations conservatrices dans les rétentions rénales

D'après M. Albarran, il est utile de distinguer les pyonéphroses des uronéphroses. Cette distinction est basée sur l'anatomie pathologique et sur la pathogénie, sur la symptomatologie comme sur le traitement de ces deux variétés purulente et aseptique de rétention rénale.

Dans les rétentions rénales dont les lésions causales se trouvent dans le rein lui-même ou dans la portion initiale de l'uretère l'obstacle au libre écoulement de l urine par l'uretère, variable suivant les cas, exige des traitements différents lorsqu'on se propose de conserver le rein et d'empêcher la formation de fistules rénales.

Dans les cas les plus simples, il suffit d'enlever un calcul ou de redresser une coudure, encore peu fixée, pour que l'urine reprenne son cours normal. Même chez ces malades, il est indispensable de s'assurer que des lésions secondaires n'ont pas déterminé un nouvel obstacle surajouté (rétrécissement, etc.).

Dans d'autres cas, il existe des lésions, cause primitive de la rétention, ou consécutives à la rétention elle même, qui exigent des procédés particuliers de traitement. Ces lésions siègent dans la poche rénale elle-même ou dans la partie initiale de l'uretère.

Dans la poche rénale, les *cloisons intérieures* incomplètement détruites pendant la néphrotomie peuvent être cause de la persistance des fistules : il est nécessaire de détruire ces cloisons pour que la poche de rétention ne présente pas de diverticules. Dans toutes les opérations pyélo-uretérales il est utile de largement inciser le rein pour bien explorer la cavité de la poche.

Les lésions uretérales sont les plus importantes. On peut distinguer : 1° l'insertion trop haute de l'uretère dans le bassinet dilaté ; la partie de la poche de rétention située au-dessus de l'uretère ne peut se vider par ce conduit ; 2° l'insertion oblique de l'uretère dans la poche avec formation d'une valvule empêchant l'urine de s'écouler ; 3° des rétrécissements perméables ou non de la portion initiale de l'uretère, avec ou sans coudures du conduit.

Souvent ces différentes variétés se combinent de manière diverse : parfois encore on trouve plus bas dans l'uretère loin du rein, d'autres rétrécissements.

Digitized by Google

Pour le diagnostic exact du siège et de la nature de l'obstacle uretéral il est utile, immédiatement avant l'opération d'une rétention rénale septique ou aseptique, de placer une sonde dans l'uretère par le cathétérisme cystoscopique : si l'indication existe d'une opération uretérale immédiate, la sonde mise en place facilite grandement les manœuvres opératoires.

Les opérations compliquées qui visent au rétablissement du cours des urines peuvent être faites d'emblée dans les rétentions rénales aseptiques ou peu infectées ; dans les pyonéphroses il convient d'opérer en deux temps et de réserver ces opérations pour guérir la fistule consécutive à la néphrotomie lorsque l'état local et les conditions générales du malade se sont modifiés.

Dans quelques cas de pyonéphrose le lavage préalable du rein peut modifier le contenu de la poche et permettre d'emblée une opération uretéro-rénale: l'auteur a pratiqué ainsi, avec succès, dans un cas de pyonéphrose, l'uretéro-pyélo anastomose.

La *sonde uretérale à demeure* peut suffire pour rétablir le cours normal des urines, notamment dans les rétrécissements simples et perméables de l'uretère. Les opérations sanglantes sont indiquées lorsque la sonde uretérale échoue.

La *section de l'éperon* (Bardenheuer, Fenger) formé par l'accolement des parois du bassinet et de l'uretère peut se trouver indiquée dans les *insertions hautes* de l'uretère avec ou sans formation valvulaire. Cette opération n'est plus indiquée : 1° lorsque l'éperon étant sectionné, il reste encore au dessous de l'ouverture uretérale une portion déclive de la poche ; 2° lorsque l'obstacle uretéral siège au-dessous de l'éperon.

Le *capitonnage de la poche rénale* (Israël-Albarran) peut être utile dans les poches minces pour en réduire la capacité. Il ne sera le plus souvent utile que comme opération complémentaire d'un autre procédé.

La *résection partielle* du rein a donné à M. Albarran un excellent résultat dans un cas où il avait sectionné l'éperon pyélo uretéral, pour supprimer la partie déclive de la poche, située au dessous du nouvel orifice uretéral.

L'uretéro-pyélonéostomie (Bardenheuer-Kuster) et l'anastomose pyélo-uretérale (Albarran) peuvent être appliqués dans tous les cas précédents. Le second de ces procédés donne d'aussi bons résultats que le premier ; son exécution est plus facile. Il consiste, après avoir si possible, passé une sonde dans l'uretère par le cathétérisme cystoscopique, à ouvrir largement la poche rénale et à pratiquer dans son point le plus déclive une incision dont les lèvres sont suturées à celle d'une autre incision longitudinale pratiquée à l'uretère: on place ensuite une sonde uretérale à demeure qui sort par le méat urinaire et dont l'extrémité supérieure pénètre dans le rein à travers l'anastomose.

L'auteur a pratiqué 6 opérations uretéro-rénales avec succès pour des rétentions aseptiques et septiques ou pour des fistules consécutives à la néphrostomie. Sa plus ancienne opération date de vingt-sept mois, la malade reste guérie.

Dans un cas où le rein avait été fixé à la paroi abdominale antérieure par une néphrostomie transpéritonéale, il eut un échec. Chez une malade atteinte de pyonéphrose grave, il fit, en même temps que l'incision du rein, l'uretérotomie externe : la malade mourut.

D'après M. Bazy, les rétentions rénales peuvent être intermittentes, rémittentes on continues. Les deux premières formes appartiennent aux coudures, insertion vicieuse de l'uretère, rein mobile d'une part — calculs de bassinet de l'autre. Les rétentions continues et permanentes sont causées quelquefois par des calculs, mais surtout par des rétrécissements de l'uretère dont l'action est progressive et permanente ; le dernier terme est ou l'hydronéphrose fermée ou la pyonéphrose fermée.

Enfin, autre distinction importante : les rétentions sont aseptiques ou septiques. Les aseptiques constituent les hydronéphroses. Les septiques comprennent les hydronéphroses infectées et les pyonéphroses.

Les opérations conservatrices ne sont indiquées que quand le rein paraît susceptible de rendre des services, et n'est pas une source de dangers ; l'indication est plus précise dans les cas d'hydronéphrose simple, elle est moins nette dans les cas d'hydronéphrose infectée, elle est absolue dans les cas de rein unique, quel que soit, du reste l'état de ce rein.

Le traitement varie suivant l'espèce considérée.

Les calculs sont justiciables de l'ablation qui sera réalisée par une néphrotomie, soit par une urétérotomie, ou par une taille vésico-urétérale ou vagino-urétérale. Celle-ci doit être exceptionnelle.

Les coudures peuvent guérir spontanément — elles peuvent être justiciables de la néphropexie.

Les abouchements anormaux sont justiciables d'opérations anaplastiques qui portent le nom d'urétéro-pyélo-néostomies.

Ces urétéro-pyélo-néostomies seront primitives (hydronéphroses aseptiques et quelques hydronéphroses infectées), ou secondaires (hydronéphroses infectées et pyonéphroses.

Les procédés sont variables mais diffèrent peu les uns des autres.

Le capitonnage ou la résection du bassinet sont inutiles, sauf dans les opérations primitives.

Les rétrécissements sont justiciables de la dilatation (exceptionnel),plutôt l'opération anaplastique(urétérotomie au milieu; en haut, urétéro-pyélo-néostomie; en bas, urétéro-cysto-néostomie).

Les opérations anaplastiques peuvent se faire par voie transpéritonéale ou lombaire pour les abouchements urétéro-pyéliques dans les cas aseptiques ; ils se font par voie lombaire pour les cas septiques.

Digitized by Google

Les abouchements urétéro-cystiques doivent se faire par la voie abdominale et de préférence par la voie transpéritonéale, avec incision médiane. Les opérations par voie vaginale sont à rejeter.

Dans tous les cas, il est absolument indispensable de supprimer le rétrécissement.

L'infection de l'uretère et du bassinet n'est pas une contre-indication à l'opération.

Les abcès du rein contre-indiquent toute intervention anaplastique.

Les résultats opératoires qui datent de 7 ans pour la plus ancienne opération, sont suffisamment probants pour que toutes les conclusions ci-dessus exprimées, puissent et doivent être adoptées,

M. F. Legueu se déclare partisan des opérations conservatrices dans les rétentions rénales, mais ces opérations ont leurs indications.

Elles doivent être précoces, c'est-à-dire précéder la phase de destruction du rein. Dans les grosses hydronéphroses, lorsque le rein est excessivement distendu il vaut mieux l'enlever, d'autant plus que l'autre rein est en général sain.

Au début, le cathétérisme de l'uretère permet de traiter et quelquefois de guérir de petites rétentions rénales, mais dans les plus grosses rétentions, il ne sert plus qu'à diagnostiquer et à localiser l'obstacle uretéral. L'auteur a vainement essayé de traiter par le cathétérisme une volumineuse hydronéphrose qu'il dut opérer plus tard. Quoique le cathétérisme fût plus facile, le liquide se produisit dans l'intervalle des sondages, et le rein d'ailleurs s'infecta après la mise à demeure d'une sonde dans le bassinet.

Dans ces grosses hydronéphroses, il vaut mieux recourir d'emblée à l'opération sans essayer de le traiter par le cathétérisme à demeure. Dans les rétentions septiques, l'opération conservatrice sera précédée de la néphrostomie.

Pour pratiquer l'opération, la voie abdominale et la voie lombaire ont été suivies. Par la voie abdominale on a peut-être plus de prise, mais s'il y a infection, on court le risque d'infecter la séreuse, ce qui est arrivé dans un de mes cas. Par la voie lombaire, au contraire le même danger n'est pas à craindre et les manœuvres sont tout aussi simples.

Quant au choix de l'opération, il est subordonné à la nature et au siège de l'obstacle : l'anastomose latérale est préférable à l'anastomose terminale.

Dans un cas M. Legueu a fait l'urétéro-pyélostomie ; dans un autre, l'urétéro-pyélostomie. Il ne laisse pas de sonde à demeure, et assure l'abouchement par deux plans de suture séparés au catgut.

D'après M. Küster, il y a quatre groupes de procédés conservateurs :

A. *Fixation du rein disloqué* (néphropexie d'après Guyon) Il est nécessaire dans bien des cas de combiner cette opération simple avec d'autres opérations : détachement de l'uretère ou une opération plastique.

B. *Formation d'anastomoses* entre : l'uretère et l'uretère (Kelly); le bassinet et l'uretère (Trendenlenburg) ; le bassinet et la vessie (Reisenger).

On ne peut approuver ces opérations que sous la condition, qu'on sache éviter les espaces morts, qui pourraient déterminer la formation de pierres urinaires. Sans cela les procédés seraient mauvais.

C. *Opérations plastiques avec résection de l'uretère et sans résection* : pyéloptychie (I. Israël) ; incision des valvules et suture transversale (Fenger) ; résection de l'uretère serré On doit éviter la résection transversale, qui probablement produirait de nouveau une sténose. La résection oblique est préférable ; pyélonéostomie. Procédés de Trendelenburg et de Küster.

D. *Résections partielles du rein* ; résection du bassinet et suture (Albarran) ; résection cunéiforme de la substance rénale en cas d'hydronéphrose sur des reins en forme de fer à cheval.

D'après M. Christian Fenger, la rétention rémittente ou commençante (et, en règle générale, toute rétention est rémittente à ses débuts) est une condition dans laquelle on doit toujours songer à la possibilité de préserver le tissu du rein en rétablissant le passage libre de l'urine.

Le siège de l'obstruction peut être dans les calices; dans une des branches de l'uretère ; au fond du bassinet ou à l'origine de l'uretère, ou dans l'uretère lui-même.

Si l'obstruction a son siège dans l'un ou l'autre des deux premiers points, elle cause une cystonéphrose locale ou partielle et requiert pour l'amélioration de la condition, la bissection du rein à partir de sa surface convexe et la division des parois des cloisons.

La sténose à l'orifice pelvien de l'uretère (formation valvulaire, implantation oblique, requiert des opérations variant selon l'absence ou l'existence du rétrécissement à la partie supérieure de l'uretère.

S'il n'y a pas rétrécissement de la partie supérieure de l'uretère, la formation valvulaire peut être enrayée par une opération transpelvienne (Fenger, Mynter, Trendelenburg, Küster) ou par une opération extra-pelvienne.

S'il y a rétrécissement de l'uretère à sa sortie du bassin, comme on peut s'y attendre dans les cas d'infection, on peut avoir recours à l'opération extra-pelvienne plastique (Fenger) ou à la résection de la partie rétrécie de l'uretère et à l'implantation dans le bassinet de la partie supérieure réséquée de l'uretère.

Si la sténose ou l'obstruction a son siège dans l'uretère, elle devra être traitée d'après les lois réglant le traitement chirurgical de l'uretère : résection et réimplantation ou l'opération plastique.

Digitized by Google

CLINIQUE INFANTILE

Remarques sur 1778 cas de diphtérie.

I. M. Richardière a soigné à l'hôpital Trousseau 1778 cas de diphtérie, dont le diagnostic clinique a été vérifié par l'examen bactériologique.

Ces 1778 cas ont donné 280 morts, soit 15,7 pour 100. En retranchant de la stistique les enfants morts moins de 24 heures après l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire en réalité, les enfants non traités, la mortalité se trouve réduite à 205, soit 11,5 pour 100. Grâce à la sérothérapie, le pronostic de la diphtérie, sans opération, est bénin ; il y a eu 61 morts, soit une mortalité de 5,5. Par contre, la mortalité des croups opérés reste élevée. Elle est de 27 pour 100.

II. Le traitement des 1778 malades a consisté en injections de sérum de Roux 10cc jusqu'à 1 an ; 15cc de 1 à 2 ans ; 20cc au-dessus de 2 ans). Comme traitement local, on a fait des lavages de la gorge avec des solutions de permanganate de chaux à 1 pour 4000. On s'est abstenu de tout badigeonnage et lavage, et de toute médication interne. dans les cas simples.

III. Il n'y a eu aucun accident grave imputable au sérum antitoxique.

Les accidents imputables au traitement ont surtout consisté dans des éruptions (198 cas). Ces éruptions ont été de 5 types différents (purs ou mélangés) ; scarlatiniforme, urticarien, roséolique, purpurique, érythémateux polymorphe.

L'époque d'apparition de ces éruptions, après l'injection de sérum, a varié de 2 à 15 jours. Les éruptions ont été accompagnées d'une élévation de température de 1 degré à 1 degré 1/2, et presque constamment de diarrhée fétide, non persistante.

Comme autre accident sérique, on a noté des phénomènes articulaires dans 15 cas (le plus souvent arthralgiques, exceptionnellement inflammatoires).

IV. Les deux principales causes de la mort ont été : la toxicité et la bronchopneumonie. La toxicité d'emblée (toxicité primitive) semble encore actuellement rebelle à notre action thérapeutique. La toxicité secondaire peut être prévenue par la sérothérapie, faite en temps opportun. Caractérisée par le collapsus cardiaque, elle a été traitée quelquefois d'une manière efficace par le sulfate de spartéine et par les injections de sérum artificiel à doses massives. La bronchopneumonie est de beaucoup la cause de mort la plus fréquente. Le tubage en est rarement la cause. Elle est due, le plus souvent, à l'infection diphtérique compliquée d'infection secondaire. Le traitement de la bronchopneumonie est encore discutable. Dans 3 séries de malades, traités moitié les uns par les bains froids, les autres par les bains chauds, les troisièmes sans balnéation, le pourcentage de mortalité a été à peu près identique.

V. Les complications de la diphtérie assez fréquemment observées, ont encore été les adénites sous-maxillaires suppurées, les otites (62 cas). On a observé ; l'abcès du médiastin, l'œdème de la glotte, la gangrène du larynx, l'endocardite, la méningite cérébro-spinale suppurée, la pleurésie, l'ictère, l'éclampsie, la néphrite. Il y a eu 51 cas de paralysie, le plus souvent localisée au voile du palais, rarement généralisée. Dans 2 cas, la paralysie, à forme hémiplégique, était due à une lésion du cerveau.

La diphtérie, survenant chez des enfants déjà malades d'une autre infection a été particulièrement grave. C'est ainsi que sur 25 tuberculeux, 21 sont morts.

VI. Au point de vue de l'examen bactériologique, ces 1778 cas de diphtérie ont donné dans 114 des cas des bacilles longs, dont les 3/4 des bacilles dits moyens et courts. On a constaté dans les milieux de culture la présence, on peut dire constante, des streptocoques. La présence simultanée des bacilles de Lœffler et des streptocoques n'a donc aucune signification pronostique.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement de la lithiase biliaire

Nature de la lithiase biliaire. — La lithiase biliaire est, dans la généralité des cas, le résultat d'une action microbienne — et le plus ordinairement d'une action colibacillaire — sur la muqueuse des voies d'excrétion de la bile (canaux intra-hépatiques, canaux extra hépatiques, vésicule).

L'infection ascendante par des germes faiblement mais suffisamment virulents détermine une angiocholécystite catarrhale, superficielle ; le mucus abondamment sécrété, l'épithélium desquamé et dégénéré, fournissent en grande quantité la chaux et la cholestérine, éléments constitutifs principaux des calculs. La chaux se combine aux pigments pour former des composés insolubles. Les petits précipités de bilirubinate de chaux, les cellules épithéliales desquamées, agglutinées par le mucus, peuvent former des centres primitifs, les noyaux des calculs.

La lithiase biliaire constitue donc le type des lithiases d'origine pariétale, que l'on peut opposer aux lithiases d'origine sécrétoire.

L'infection ascendante des voies biliaires se réalise d'une façon extrêmement fréquente et sous des influences très variées ; la stase biliaire en est la condition essentielle. Celle-ci agit encore en retenant dans les voies d'excrétion les calculs jeunes, peu volumineux et mous, et en permettant ainsi leur accroissement et leur augmentation de consistance.

Il n'est pas impossible que certaines héréto ou auto-intoxications soient lithogènes par ce même processus de l'angiocholécystite catarrhale.

Guérisons spontanées et pseudo-guérisons. — On peut concevoir la possibilité d'une guérison spontanée de la lithiase biliaire par l'expulsion des calculs déjà formés et la *restitutio ad integrum* de la muqueuse des voies biliaires.

Digitized by Google

Sans doute il en est ainsi dans bien des circonstances, en particulier pour les lithiases récentes. Ce sont alors des lithiases avortées, dans lesquelles le produit lithiasique est expulsé avant terme, avant sa maturation complète. Le retour à l'état normal de la chasse biliaire est, d'autre part, la condition essentielle de la guérison des infections biliaires superficielles.

Les calculs peuvent être expulsés par des fistules; les fistules cholédoco-duodénales sont les plus favorables.

L'atrophie et le ratatinement de la vésicule sur les calculs, l'enkystement de ceux-ci ne constituent que des pseudo-guérisons, ne mettant nullement les malades à l'abri de certaines complications graves.

Prophylaxie. — Certaines règles hygiéniques constituent par elles-mêmes de véritables moyens prophylactiques contre la lithiase (repas réguliers et peu espacés, usage de vêtements ne produisant ni déplacements ni déformation des organes abdominaux, exercices, etc., surveillance des fonctions digestives); un de leurs principaux résultats est, en effet, d'empêcher dans une certaine mesure la stase biliaire et l'infection ascendante.

Le traitement prophylactique devrait être complété, dans tous les cas où se retrouvent les conditions étiologiques habituelles de la lithiase, par une série de moyens thérapeutiques (usage des alcalins, des cholagogues, massage abdominal et en particulier de la vésicule, grands lavages froids de l'intestin), et cela en particulier après les grossesses, après les maladies générales s'accompagnant fréquemment d'infections biliaires ascendantes (fièvre typhoïde, malaria).

Traitement de la lithiase réalisée. — Les mêmes prescriptions hygiéniques s'appliquent au traitement de la lithiase réalisée.

L'étude de l'action des différents cholagogues et des différents lithontriptiques ne permet point à l'heure actuelle d'espérer obtenir grâce à eux la guérison de la lithiase biliaire.

Il est évident toutefois que l'expulsion de nombreux calculs, que des améliorations considérables sinon de véritables guérisons sont obtenues par des cures régulières dans certaines stations hydro-minérales.

Nous pensons d'autre part, que la question des lithontriptiques n'est pas encore complètement résolue, et que des recherches ayant pour but la fragmentation, la destruction des calculs dans les voies biliaires méritent d'être poursuivies.

Un tel résultat, s'il était obtenu, bien que ne s'adressant pas à la cause même mais à l'effet, serait d'autant plus appréciable que le danger pour un lithiasique provient, pour une grande part, de ses calculs mêmes.

La présence de ceux-ci dans les voies biliaires, leurs migrations normales et surtout anormales sont, en effet, les causes les plus puissantes d'infections secondaires parfois d'une haute gravité, et d'altérations profondes non seulement des voies biliaires mais aussi du foie lui-même.

Indications de l'intervention chirurgicale. — La menace de complications sérieuses de la lithiase constitue l'indication essentielle de l'intervention chirurgicale.

Les signes d'une obstruction chronique du cholédoque, la tumeur biliaire, les signes d'angiocholite intra-hépatique, l'existence des crises douloureuses trop fréquemment répétées, surtout si elles s'accompagnent de phénomènes fébriles, telles sont les principales circonstances dans lesquelles cette intervention devra être envisagée.

Les progrès récents de la chirurgie biliaire ont rendu beaucoup moins grave le pronostic des lithiases compliquées. — A. Gilbert et L. Fournier.

Les observations cliniques sur le traitement des anévrismes par la gélatine, en injections sous-cutanées

Il y a trois ans que M. Lancereaux, inspiré par des expériences de MM. Dastre et Floresco, a commencé à faire usage des injections sous-cutanées de gélatine pour le traitement des anévrismes. Depuis ce temps les cliniciens des autres pays : de l'Allemagne, de l'Amérique et de la Roumanie, etc , ont commencé à traiter d'après cette nouvelle méthode.

Les résultats obtenus dans les différents pays ne sont pas égaux ; les uns sont persuadés que la dite méthode est préférable à tous les moyens employés jusqu'à ce jour contre cette grave maladie. D'autres prétendent que les injections n'ont presque aucune influence sur la marche de la maladie.

Pendant les deux dernières années, j'ai eu l'occasion d'observer dans la clinique des maladies internes de la faculté de médecine de Moscou (directeur M. le professeur Cherwinsky) 8 malades atteints de l'anévrisme de l'aorte que nous avons traités par la gélatine en nous conformant exactement aux indications de l'auteur de la méthode. Malheureusement je n'ai obtenu parmi ces 8 malades aucun résultat satisfaisant, mais chez quelques-uns de nos patients nous avons observé une amélioration temporaire.

La méthode a besoin d'être soigneusement expérimentée pour en arriver à une solution concluante. Peut-être parviendrons-nous alors à lutter contre une maladie rebelle à tous remèdes. Maintenant le médecin ne peut que calmer les symptômes, mais non guérir la maladie. — L. Golloupinine, *agrégé de la faculté de médecine de Moscou. (Congrès de 1900.)*

VARIÉTÉS

Les étudiants en médecine de Paris sous le Grand Roi

Nous venons de passer quelques heures charmantes à lire le volume de notre collègue et ami Fauvelle (1). Cet important ouvrage lui a coûté plusieurs années de travail, mais le labeur assidu et les longues recherches que lui ont imposés un aussi vaste sujet sont largement récompensées par le grand intérêt de l'œuvre qu'il vient produire et par le succès qui lui est assuré.

(1) Steinheil, éditeur.

Digitized by Google

Est-il rien de plus agréable que de revivre quelques instants, au milieu des soucis de la clientèle, sa vie d'étudiant, ses bonnes parties de jeunesse, ses travaux et ses plaisirs d'autrefois. Hé bien, l'ouvrage du Dr Fauvelle nous retrace dans ses moindres détails la vie de l'étudiant, sous le grand Roi, et on s'aperçoit qu'elle diffère bien peu de la vie d'un étudiant de nos jours : si bien qu'à suivre avec l'auteur l'étudiant depuis son réveil jusqu'au soir à travers ses études, sa vie journalière, ses plaisirs, on peut facilement évoquer sa jeunesse et se mettre en scène.

C'est que l'auteur ne s'est pas borné d'écrire la vie médicale de l'étudiant, il a voulu nous le montrer dans tous les actes de son existence et restituer le milieu dans lequel il vivait. On sait l'influence qu'exerce le milieu sur les individus, il était donc, a pensé l'auteur, absolument indispensable d'étudier minutieusement le cadre dans lequel s'agitait l'étudiant, pour bien comprendre son caractère et sa manière d'être.

C'est à ce souci de l'exactitude que nous devons tant de curieux détails, tant d'anecdotes joyeuses, dont est semé l'ouvrage : ils en font un livre de lecture facile et une œuvre d'érudition.

La première partie traite de la vie médicale de l'étudiant. Après avoir décrit le cadre, c'est-à-dire cette Faculté de la rue de la Bûcherie, dont il reste encore des vestiges aujourd'hui, l'auteur suit pas à pas l'étudiant pendant tout le cours de ses études, montrant ses travaux, ses examens, présentant ses professeurs et tous les docteurs célèbres d'alors, depuis Fagon jusqu'à Gui Patin, examinant l'état de la science médicale à cette époque, décrivant les luttes scientifiques qui divisaient alors le monde savant. Et, en lisant ces disputes féroces entre partisans et adversaires d'Harwey, on retrouve les fureurs et les violences qui accueillent les novateurs à toutes les époques.

Vraiment il n'y a rien de changé, et ce sont bien entre les savants du XVIIe siècle les mêmes querelles, les mêmes critiques haineuses, qui chaque jour encore se reproduisent entre les médecins de nos jours : changez les noms et la scène reste la même.

L'auteur a su, dans cette partie technique éviter un écueil trop commun aux ouvrages didactiques et de longue haleine : l'ennui. La description se poursuit alerte, coloriée et telle scène, la soutenance de la thèse cardinale, par exemple, est une amusante peinture de mœurs qui montre bien le caractère de l'époque. Quelques titres de thèse, que nous relevons dans l'ouvrage, suffisent d'ailleurs à montrer la puérilité de l'enseignement de tous ces doctes personnages : vraiment l'on se demande quels arguments subtils pouvaient trouver les récipiendaires pour discuter avec tous le docteurs, pendant six heures d'horloge, sur une de ces questions peu banales :

« S'enivrer une fois par mois est-il salutaire ? »

« Les jolies femmes sont-elles plus fécondes ? »

« Les Parisiens sont-ils sujets à la toux quand souffle le vent du Nord ? »

« La femme n'est-elle pas plus lascive que l'homme ? »

Après avoir victorieusement réfuté toutes les objections sur un de ces passionnants sujets, on comprend que le jeune candidat fut jugé digne d'exercer l'art de guérir.

A côté de ces tableaux pleins de verve et de bonne humeur, l'auteur nous montre dans une description qui dénote une haute érudition, le mouvement scientifique de cette époque d'évolution où la vieille formule aristotélique allait céder le pas à la doctrine moderne expérimentale, que la découverte d'Harvey, devait, après des luttes terribles, imposer définitivement.

Abandonnant le terrain purement scientifique, l'auteur, dans la deuxième partie, traite des mœurs et de la vie privée des étudiants. Par une heureuse inspiration, il abandonne ici le mode didactique pour la tournure narrative et anecdotique, accompagnant partout l'étudiant qui devient en quelque sorte le personnage principal d'un véritable roman ; et, par endroits, cette partie a la vivacité, le mouvement d'une œuvre de pure imagination qu'augmente encore le dialogue, souvent employé par l'auteur.

Cheminant à côté des étudiants, véritable compagnon invisible de sa vie, on le prend le matin au réveil, dans quelque hôtel de la rue de Buci ou de la rue Saint-Victor et l'accompagne jusqu'à la porte de la Faculté : puis profitant de ses heures d'études, on parcourt Paris, au milieu de l'animation du matin et, au long des rues encombrées de marchands ambulants, on assiste, en passant, aux amusantes scènes de la vie journalière. A midi, heure du dîner, on retrouve l'étudiant que l'on suit à l'hôtel où il prend son repas « à juste prix » aux jeux de boules et de paume, à la promenade, dans les lieux alors à la mode : le Palais et le Cours la Reine. Chaque acte de la vie de l'étudiant est matière à curieux détails à anecdotes intéressantes dont fourmille cette partie de l'ouvrage. Rien de plus amusant par exemple que le récit d'une soirée de plaisirs où des étudiants fêtent une heureuse soutenance de thèse. Elle commence par un festin pantagruélique à « la Pomme de Pin »

..... qui vaut mieux
Que celle d'or dont fut troublée
Toute la divine assemblée

et dont le menu délicat et la liste des vins font venir l'eau à la bouche. A l'heure des chansons, après la solennelle formule consacrée : *gaudeamus igitur*, les refrains à la mode, les chants bachiques se succèdent, où l'on célèbre les mérites des plats savoureux et des vins fameux.

Certaines de ces chansons prouvent que MM. les étudiants n'avaient pas plus de respect pour leurs maîtres que nos modernes carabins.

A la sortie du cabaret, nos étudiants vont visiter les petites dames du Marais, puis, après une représentation au théâtre du Marais et une flanerie à la Gloire Saint-Laurent, ils s'en vont souper au cabaret du « Puits de la Vérité » célèbre pour son vin d'Alicante et rentrent à travers les quartiers les plus mal famés, « en menant grand bruit par la ville ».

Notre sèche description ne saurait donner une idée de la verve savoureuse que l'on rencontre dans ces pages et de la bonne humeur qui éclate partout.

Comme tous les ouvrages moraux, le héros doit ici finir par se marier : aussi, dans les derniers chapitres, le Dr Fauvelle nous fait-il un tableau complet de la société bourgeoise chez qui fréquente notre étudiant et où il peut prendre femme. L'auteur prend même soin d'indiquer les jeunes filles à éviter et celles qui par leur caractère et leur fortune sont dignes d'être les compagnes d'un *doctoratus in saluberrima Facultate Medicinæ*.

Telle est cette œuvre captivante qui fait le plus grand honneur à son auteur et que l'on doit recommander à tous ceux qu'intéressent les fonctionnements de l'ancienne Faculté et la vie des étudiants d'autrefois. — A. Durrieux.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 267, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Les Pelades

Par le Dr SABOURAUD

Presque tous les médecins et beaucoup de dermatologistes appellent indistinctement : pelades, comme le vulgaire, toutes les aires alopéciques survenant brusquement sur une surface normalement velue.

De l'ensemble des affections qui peuvent se présenter ainsi je distrairai :

1° *Les alopécies infectieuses,* de cause générale (syphilis, typhoïde, fièvres éruptives, cachexies, etc.).

2° *Les alopécies cicatricielles traumatiques.*

3° *Les alopécies cicatricielles* consécutives à des lésions inflammatoires diverses : acné nécrotique, variole, varicelle, acné kéloïdienne, pseudo-pelade de Brocq, folliculites décalvantes, favus, lupus érythémateux ; impétigo contagieux phlycténulaire (streptocoque), impétigo folliculaire ou furonculeux de Bockhart (staphylocoque) etc...

4° *Les alopécies diffuses progressives* dues à la calvitie vulgaire (séborrhée grasse microbacillaire et eczéma séborrhéique de Unna).

A mon avis, nous devons définir les pelades comme constituées par des aires alopéciques d'apparition soudaine non précédées de traumatismes ou de lésions inflammatoires quelconques.

Même en restreignant ainsi la définition de la pelade, l'ensemble des cas qu'elle englobe n'est pas à mon avis univoque.

On peut dans la pelade décrire au moins deux types cliniques différents :

1° La pelade ophiasique (de Celse).

2° La pelade séborrhéique (de Bateman).

I. *Pelade ophiasique de Celse.* — Début plus fréquent dans la seconde enfance. Localisation occipitale ordinaire. Extension bilatérale. Symétrie fréquente : « Id (genus arearum) vero quod a serpentis similitudine ὀφίασις appellatur, incipit ab occipitio ; duorum digitorum latitudinem non excedit ; ad aures duobus capitibus serpit, quibusdam etiam ad frontem, donec se duo capita in priorem partem comittant » (*Celse, De re medica* VI)

La limitation de cette pelade est ordinairement faite suivant des arceaux qui se coupent. Les plaques secondaires naissent à une petite distance du bord de la plaque initiale et se réunissent à la première par disparition de la bordure de cheveux qui les séparent. Les plaques secondes à distance sont ordinairement amorphes, sans forme définie. Sur les surfaces déglabrées, peau lisse, amincie, atrophiée, variqueuse, dépigmentée ; quelquefois épaisse, spongieuse, d'apparence œdématiée et grasse. Les bordures des plaques en extension sont signalées par une bordure large de cheveux cassés, bruns, de couleur acajou, ou par une bordure plus mince de cheveux isolés, cassés, ayant la forme de points d'exclamation d'imprimerie.

Il existe des formes diverses de cette maladie : des formes atypiques à localisation frontale ou sus-auriculaire primitive, des formes unilatérales, des formes graves, serpigineuses, à plaques multiples, quelquefois diffuses, des formes très extensives, généralisées, totales.

Ces formes peladiques très étendues, très rebelles s'accompagnent souvent de lésions unguéales : ongles *grêles*, rarement infiltrés d'air. D'autres s'accompagnent de plaques de *canitie* précédant l'alopécie ou coexistant avec elle. La parenté de ces cas avec le vitiligo semble cliniquement indiscutable.

L'étiologie et la pathogénie de la pelade ophiasique sont de tous points inexpliquées. L'hérédité des formes graves est certaine (9 observations) quoique inconstante. Debut après chocs nerveux graves : coups de feu, amputations traumatiques, gelures des extrémités, chutes, etc... Coexistence de tares nerveuses (tics, chorée), de malformations (pieds plats, genu valgum, scoliose), de troubles de nutrition (adipose généralisée des enfants). Le plus souvent l'ophiasis débute sans cause appréciable. Aucune flore microbienne particulière n'a pu être mise en évidence sur la surface de ses plaques. Jamais depuis l'ouverture de l'Ecole Lailler (1897) aucun cas de contagion ne s'y est produit. (Les pelades sont mélangées aux favus.) Et dans toute la série de mes observations, j'ai seulement observé *un* cas de coexistence chez la femme et chez le mari (sans consanguinité). C'est le seul cas que j'aie vu de cette forme où la contagion puisse être mise en cause nettement.

La durée moyenne de cette pelade chez l'enfant est de 15 à 20 mois. Rarement elle présente moins de 6 mois de durée. Elle peut persister indéfiniment (persistance totale ou incomplète).

L'influence heureuse de la puberté est très fréquente et certaine (*sæpe per se finitur*. Celse). La guérison est la règle. De même les récidives ultérieures partielles, sans cause apparente ou après une infection générale (syphilis), un traumatisme, etc...

Cette pelade existe chez l'adulte et n'est même pas très rare chez lui. Elle peut se présenter chez lui avec tous ses caractères ou bien se montrer moins parfaite en ses symptômes que chez l'enfant.

Traitement. « Maintenir perpétuellement les surfaces malades en état d'irritation légère « (Vidal). Rasage, brossage, applications irritantes : acide acétique, lactique, phénique, ammoniaque, sulfures, chlorure de méthyle, vésications, cautérisations, action des rayons chimiques du spectre (Finsen).

II. *Pelade séborrhéique.* — Age moyen 15-45 ans. Contagion possible assez souvent probable, très rarement certaine, mais quelquefois évidente (6 cas). Début par une aire unique de 2 à 3 centimètres de diamètre, ronde ou ovale, toujours régulière. Les cheveux qui tombent sont entiers ou fragmentés de 3 ou 4 millimètres au-dessus de la peau. Le tronçon qui demeure et tombe plus tard est

Digitized by Google

progressivement atrophié par sa base et prend la forme d'un point d'exclamation d'imprimerie. Sur la plaque constituée, la zone d'extension périphérique est toujours signalée par un ou plusieurs rangs de ces cheveux de forme spéciale. L'expression de la peau de la plaque entre deux ongles fait sourdre entre des gouttelettes de sueur des filaments de matière séborrhéique.

Après cinq ou six semaines on peut voir apparaître de nouvelles plaques (secondes) identiques en tous leurs caractères à la plaque maîtresse (primitive) : orbicularité, déglabration totale, bordure de cheveux massués, surface grasse, etc., et diversement réparties sur le cuir chevelu.

L'examen microbiologique de ces surfaces montre dans tous les orifices pilaires, dès que leur poil semble malade, l'existence de la lésion élémentaire de la séborrhée grasse.

Au 1/3 supérieur du follicule existe un cocon de lames cornées imbriquées contenant au milieu de matière grasse une colonie compacte du microbacille décrit par Unna et Hodara dans le comédon comme étant le microbe spécifique de l'acné (1).

Cette infection microbienne existe dans tous les orifices pilosébacés de la séborrhée grasse qui au visage précède l'acné polymorphe et au cuir chevelu précède et accompagne la calvitie séborrhéique. Comme cette infection microbacillaire toujours identique et toujours pure est partout où on la rencontre suivie de la chute du poil dans le follicule duquel se loge la colonie microbienne, on peut, sans que l'expérimentation en ait donné encore de preuve absolue et définitive, concevoir cette espèce de pelade comme une attaque aiguë et localisée de calvitie, c'est-à-dire d'alopécie séborrhéique.

Les faits que je rappelle ici sont certains, les conclusions qu'on en peut tirer demeurent discutables tant que l'expérimentation ne les aura pas justifiés davantage.

La durée moyenne de cette forme de pelade varie de 2 mois à 10 mois, quelquefois moins, rarement plus; la guérison est précédée de la disparition des colonies microbiennes.

Le traitement qui dans cette forme de pelade m'a donné constamment les meilleurs résultats est le même qui dans le traitement de l'alopécie séborrhéique m'a toujours le mieux réussi : applications quotidiennes de pommades contenant de l'huile de cade 5-10 pour 20 grammes et un sel de mercure 1 pour 20; on peut y associer le soufre, l'acide pyrogallique, l'acide chrysophanique, l'ichtyol, la résorcine, etc...

III. *Pelade de la barbe.* — La pelade de la barbe n'est pas une entité morbide spéciale, elle peut certainement accompagner la pelade ophiasique chez l'adulte, elle accompagne peut-être aussi la pelade séborrhéique... En tout cas, elle diffère de toutes les autres localisations peladiques par des mœurs et des caractères spéciaux.

1° Souvent les taches peladiques de la barbe ne sont pas alopéciques. Sur leur surface, le poil est aminci, décoloré, mais il persiste et en conservant la barbe sans la raser on peut suivre sur la longueur de chaque poil l'atrophie progressive, la décoloration, puis la recoloration et la reprise du diamètre normal sur le même poil sans qu'il soit tombé. Les poils blancs sur une plaque peladique de la barbe ne sont donc pas la certitude d'une guérison prochaine.

2° Les taches peladiques de la barbe à égalité de dimension guérissent d'une façon générale beaucoup plus lentement que les mêmes taches au cuir chevelu sur le même sujet. Règle générale presque sans exception.

3° Aucun traitement quelconque ne me paraît avoir sur la marche, la gravité, la guérison d'une plaque peladique de la barbe une influence quelconque.

IV. *Contagion de la pelade.* — J'ai vu un seul cas dans lequel la pelade ophiasique m'a paru procéder d'une contagion. La pelade séborrhéique dans certains cas rares m'a paru contagieuse manifestement. Pour prouver cette proposition j'ai dû écarter tous les cas de contagion apparente qui pouvaient s'expliquer par consanguinité ou hérédité (pelade chez deux frères, ou chez la mère et l'enfant). Ces cas sont déjà rares; parmi eux, les uns semblaient héréditaires, les autres nés de contagion probable.

Je n'en retiens aucun, pas même, en faveur de la contagion, le cas que j'ai vu 3 fois de père ou mère n'ayant présenté de tache peladique qu'après la pelade de leur enfant.

Je ne considère comme prouvant la contagion que les cas de concomitance de pelade sur le mari et la femme. J'en ai réuni 7 cas. Ces 7 cas triés entre tous sont figurés par l'observation générale suivante :

« L'un des conjoints présente depuis quelques semaines une ou plusieurs taches peladiques observées depuis leur début, caractéristiques en leur forme et en tous leurs symptômes lorsque apparaît chez l'autre conjoint une tache alopécique ayant l'aspect absolu, les dimensions, la forme, les symptômes élémentaires et ultérieurement l'évolution de la pelade la plus classique. »

Bien que les cas inverses avec absence de contagion entre mari et femme soient extrêmement nombreux, je considère les faits précédents comme rigoureusement probants. La pelade est rarement contagieuse, mais elle l'est quelquefois. Je n'ai jamais pu suivre la filiation de plus de deux cas authentiques.

V. *Les épidémies de pelade.* — Je n'ai jamais pu contrô-

1. Microbacille de 1/2 μ de large, de 1 μ de long, existant en unités isolées au sommet de la colonie, en pelotons mycéliens enchevêtrés dans le fond de l'utricule séborrhéique ou peladique. Sa coloration par la thionine donne ses dimensions réelles, la coloration par le violet méthyle double ses proportions en colorant son enveloppe. La culture en est délicate mais toujours positive aisément sur une gélose (1.50 0/0) peptone (2 0/0) glycérinée (4 0/0), acide (5 gouttes acétique cristall. pour 1000). Elle se présente après une semaine (à 37°) comme un cône de 1 millimètre 1/2 de saillie à la surface de la gélose. Ce cône est d'un brun rose. Il naît souvent au centre d'une colonie de staphylocoque blanc, dont il est facile de le séparer en attendant la mort des cocci (28 jours).

Digitized by Google

ler l'existence d'une seule épidémie de pelade bien qu'ayant fait dans ce but plusieurs longs voyages.

Journellement j'ai vu désigner par des médecins sous le nom d'épidémies de pelade des épidémies de teigne tondante ou encore des épidémies d'impétigo contagieux ayant causé des aires alopéciques lesquelles prennent une apparence épidémique au moment de la chute simultanée des croûtes impétigineuses. Lorsque j'ai commencé l'étude de ce sujet, cette erreur facile m'est arrivée à moi-même. Depuis lors, partout où l'on m'a signalé une épidémie de pelade que j'ai pu voir, ce n'était pas une épidémie de pelade.

J'ai commencé l'étude de la pelade en 1894, et l'ai poursuivie depuis lors. Plus nombreux ont été les cas que j'ai soumis à l'étude (environ 1500), moins je me suis trouvé capable de poser des conclusions étiologiques fermes à leur sujet. Il me paraît aujourd'hui impossible que toutes relèvent d'une même et unique cause, que l'on suppose d'ailleurs cette cause externe et parasitaire ou interne, dystrophique et indépendante de tout facteur contagieux. Et à côté des cas où la contagion de mari à femme semble positivement indiscutable, il y en a d'autres où l'influence de causes générales profondes paraît difficile à mettre en doute.

Récemment M. le docteur Jacquet vient de publier une étude sur l'urologie des pelades graves. Même en limitant ma critique autant que le sujet même de ce travail, il ne me semble point que ses parties déjà parues soient à l'abri de la discussion.

Les cas qui ont servi à ces analyses sont surtout des cas de pelade généralisés, par eux-mêmes exceptionnels, à côté desquels existent des formes bénignes peut-être de tous points différentes.

Les cas de pelade « vraie et contagieuse » ne paraissent nullement avoir fixé l'attention de l'auteur. Si rares qu'ils soient, ils existent et ils ont dans le sujet une importance considérable. Ne pas les avoir rencontrés ne les rend pas négligeables. Les méconnaître au profit d'une théorie dystrophique de la pelade est un défaut symétrique à celui qui ferait toutes les pelades parasitaires et contagieuses indistinctement.

Ces réserves faites, je considère que la voie dans laquelle mon savant collègue s'est engagé, si elle est suivie, pourra fournir sur l'étiologie de certaines pelades de forme grave des indications importantes.

D'où que nous vienne la lumière sur cette question, elle sera très bienvenue. Je ne vois pas jusqu'ici que ni mes travaux ni ceux des autres soient d'une importance décisive dans le sujet.

CONCLUSIONS

1° On doit écarter du tableau nosographique de la pelade les alopécies qui ne sont que le reliquat de lésions antérieures et disparues.

2° On doit conserver le nom de pelade aux seules alopécies en aires, cliniquement spontanées, qui ne sont précédées d'aucune lésion préalable.

3° Même en se conformant à cette règle, il est probable que nous confondons encore sous le nom commun de pelade plusieurs maladies différentes.

4° J'en distingue deux formes principales :

I. *La pelade ophiasique* (de Celse) : plus fréquente et plus nette chez l'enfant. Début occipital, extension circonférentielle au cuir chevelu, marche lente, guérison à la puberté. Hérédité certaine. Contagion infiniment rare si elle existe.

II. *La pelade séborrhéique* (de Bateman) : adulte, âge moyen, plaque initiale suivie à distance de plaques secondes.

Toutes plaques orbiculaires. Infection séborrhéique microbacillaire de leur surface. Contagion rare encore, mais possible et certaine.

5° La forme, le siège, l'âge, la microbiologie, la thérapeutique me semblent séparer ces deux formes morbides.

Bien que la démonstration expérimentale de leur séparation absolue et définitive soit également impossible pour l'une comme pour l'autre de ces deux maladies, bien que certains cas cliniques, faute d'un critérium expérimental reconnu, ne puissent se classer dans l'une ou l'autre de ces deux catégories, la séparation des pelades en deux classes, l'une de cause locale, l'autre de cause générale me paraît vraie. Je me trouve donc ramené en somme à la classification ancienne des pelades en pelade parasitaire et pelade non parasitaire, dite nerveuse.

6° Je considère ce sujet comme l'un des plus obscurs de la dermatologie, et l'un de ceux où, en l'absence de techniques expérimentales nouvelles, cette obscurité persistera le plus longtemps

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Cure de Quinquaud (emplâtre au calomel à demeure) dans la syphilis de l'enfant

Par le Dr H. Gillet, ancien interne des Hôpitaux.

Parmi les procédés divers qui servent à appliquer le traitement mercuriel chez l'enfant, il en est un dont l'emploi n'a peut-être pas acquis la notoriété qu'il mérite, c'est celui qui consiste en applications externes de préparations emplastiques au calomel.

L'application purement externe d'un emplâtre à base mercurielle, principalement au calomel, à l'exclusion de tout autre traitement, en particulier de tout traitement interne, peut suffire à elle seule à la cure de la syphilis.

Dans un travail scientifique très documenté et très étudié, Ch. Quinquaud (1) a démontré jusqu'à l'évidence la

(1). Ch. Quinquaud. Société française de dermatologie et de syphiligraphie, 11 avril 1890. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, avril 1890).

Digitized by Google

réalité et le bien-fondé des effets d'une telle thérapeutique.

Il ne s'agit nullement ici de l'emplâtre au calomel utilisé comme agent local, destiné à agir *in situ* sur telle ou telle manifestation

Le principe de cette méthode n'est pas absolument nouveau, il n'est que renouvelé; déjà il y a 200 ans environ, Martinus Rolandus, préparait une espèce d'emplâtre mercuriel, appelé de son nom Cingulum Rolandi qu'il faisait porter consue dans une gaîne de toile aux syphilitiques qu'il soignait.

C'est encore sur le même principe qu'est basé l'emploi de la flanelle mercurielle de Merget.

Il a quelques années, M. Balzer a de même essayé des sachets remplis de mercure éteint dans la chaux (Hydrargyum cum creta); M. Jullien a fait usage de la traumaticine mercurielle en badigeonnages plus ou moins étendus comme moyen de traitement spécifique.

Des sachets préparés avec l'onguent mercuriel double font partie de la pratique de M. le professeur Welander (de Stokholm).

Dans ces différents procédés, l'absorption du médicament a lieu et par la peau, surtout pour les emplâtres et aussi en partie et dans certaines conditions par les poumons pour les autres préparations, par suite de la volatilisation d'une partie du produit. Ce dernier point n'est pas niable. M. Welander a cité le cas d'une femme dont les urines contenaient du mercure par le seul fait de vivre près de son mari qui portait des sachets à l'onguent mercuriel.

Dans son mémoire, notre regretté maître Quinquaud a fait voir l'efficacité réelle de l'emplâtre à base de calomel en application externe dans le traitement de la syphilis de l'adulte. La clinique par le résultat curatif, la chimie, par la recherche du mercure dans l'urine, prouvent l'action du médicament ainsi employé.

Ce mode de traitement, qu'on peut à juste raison appeler la cure de Quinquaud, convient parfaitement chez l'enfant, comme une expérience de près de dix ans nous l'a montré.

Il y a quelques remarques pratiques à faire au sujet de son adaptation au traitement de la syphilis chez l'enfant.

L'emplâtre primitivement employé par Quinquaud se composait de :

Emplâtre diachylon des hôpitaux.	3.000 parties
Calomel à la vapeur.....	1.000 parties
Huile de ricin.....	300 parties

Etendre sur des bandes de toile ; chaque décimètre carré de l'emplâtre obtenu doit contenir environ 1 gr. 20 de calomel.

Cet emplâtre s'applique aussi bien à l'enfant qu'à l'adulte, de même que les formules similaires avec l'emplâtre simple (sans litharge), l'emplâtre savonneux, même le caoutchouc, etc.

C'est surtout au point de vue du dosage que la question a de l'importance.

Tandis que chez l'adulte on se contente pour obtenir un résultat thérapeutique d'appliquer des *morceaux d emplâtre* de 10 cm. sur 12 cm. chez l'homme, de 10 cm. chez la femme, il faut chez l'enfant des surfaces non proportionnellement, mais *absolument plus étendues* que chez l'adulte, soit 10 sur 15, 15 sur 20 ou 30 cm., dès les premiers mois.

Tous les 8 jours sur la peau bien propre, on applique l'emplâtre à l'enfant en demi-ceinture, une fois en arrière, l'autre en avant et ainsi de suite, tant que doit durer le traitement.

Lorsqu'on enlève l'emplâtre, au bout de la semaine, on trouve l'épiderme légèrement macéré, mais sans trace d'inflammation, ni au-dessous, ni autour du point d'application.

Il est absolument rare qu'il faille cesser le traitement par suite d'une irritation trop vive de la peau.

Chez l'enfant, le revêtement cutané supporte assez bien l'emplâtre laissé à demeure. Une fois, une seule fois sur nombre d'applications, chez un nourrisson, nous avons dû, mais tout à fait momentanément suspendre l'emploi de l'emplâtre au calomel.

Le premier emplâtre de 20 cm sur 30, placé en demi-ceinture à la base postérieure du thorax avait produit une dermite localisée avec phlyctenulation partielle.

L'ablation de l'emplâtre, le poudrage de la peau altérée avec un mélange de talc et d'oxyde de zinc permit la guérison rapide de l'accident thérapeutique.

Même dans la suite, on put reprendre le traitement par l'emplâtre au calomel, sans qu'il y eût à nouveau rien de semblable.

Il faut ici, faire la part de la prédisposition du sujet.

Dans un ordre d'idées analogue, l'emplâtre de Vigo d'un emploi si répandu, cause exceptionnellement de dermite. Une seule fois, depuis que j'en ai vu appliquer ou appliqué moi même dans ma pratique, j'ai observé une telle éventualité. C'était chez un jeune garçon de 7 à 8 ans atteint d'une adénite au cou. L'emplâtre de Vigo fit naître au-dessous et tout autour de lui sur une assez large surface une dermite assez accentuée. Le placard érythémateux était parsemé de fines vésiculettes à contenu lactescent. L'emplâtre enlevé, la poudre de talc et d'oxyde de zinc en vient facilement à bout.

A l'hôpital Saint-Louis, l'emplâtre rouge de Vidal qui fut à un moment si couramment mis en usage et par son auteur et par les autres médecins n'a que peu d'inconvénients de cette nature.

La cure de Quinquand comme nous l'avons déjà montré (1) donne de bon résultats chez l'enfant. Cependant je crois que bien peu de médecins l'emploient.

On ne voit guère les raisons qui l'empêchent d'être plus usuelle, malgré les multiples avantages qu'elle présente. Depuis 1894, époque à laquelle nous avions réuni 11 cas

(1) H. Gillet. Traitement de la syphilis de l'enfant par l'emplâtre au calomel de Quinquaud (*Annales de la Policlinique de Paris*, mars 1894).

Digitized by Google

de syphilis chez l'enfant ainsi traitée, nous avons continué jusqu'à ce jour à employer la cure de Quinquand chez de nouveaux petits malades.

Ce sont les résultats d'une pratique déjà ancienne que nous voulons présenter aujourd'hui.

Depuis le moment où nous avons commencé à mettre en pratique l'emploi de l'emplâtre au calomel dans le traitement de la syphilis chez l'enfant, nous avons pu suivre un certain nombre de sujets jusqu'à ce jour.

Nous pouvons ainsi donner un compte rendu assez fidèle non seulement des effets immédiats de la méthode, mais aussi des résultats éloignés.

S'il est utile de connaître l'action du traitement sur les accidents spécifiques existant au début et qui ont nécessité l'emploi de l'emplâtre, il est néanmoins intéressant de savoir ce que l'avenir réserve aux sujets ainsi soignés, au double point de vue, d'une part, des récidives possibles de lésion spécifiques sur tel ou tel organe, peau, viscère, etc. et, d'autre part, des lésions dystrophiques ou parasyphilitiques.

C'est ce que nous avons essayé de résumer dans la statistique détaillée qui comprend l'ensemble de nos observations.

Nombre de cas traités : 18 ; 17 syphilis héréditaires ; 1 syphilis acquise.

Durée du traitement jusqu'à disparition des premiers accidents : 3 mois, 1 (emplâtre Van Swieten) ; 2 mois, 1 ; 5 semaines, 4 ; 1 mois, 2 ; (emplatre et friction), 1 ; 3 semaines, 3 ; 2 semaines (?), 4 ; (?) 2.

Morts de syphilis : 1 (le lendemain de la visite), *d'autres affections* 2 (grippe).

Survivants :

	AGE	ÉTAT DU SUJET
1	9 ans.....	Développement physique et intellectuel en retard (accidents méningitiques à 4 ans), encore en observation.
1	7 ans 1/2....	Un peu chétif, encore en observation.
1	6 ans.....	Bon aspect général, dents mauvaises, poussée de kératite parenchymateuse à 4 et à 5 ans.
1	4 ans 1/2....	Bon état, premières dents à 10 mois, marche à 16 mois.
1	3 ans 1/2....	Développement satisfaisant, adénite cervicale chronique, suppurée.
1	3 ans.....	Bon état, premières dents à 6 mois 1/2, marche à 16 mois 1/2. (emplâtre et friction)
1	2 ans.....	Bel enfant, 9 kilogs à 22 mois 1/2, dents à 6 mois 1/2, marche à 16 mois 1/2, toujours en observation.
1	5 mois.....	En cours d'observation.
5	.	Non revus.

Les résultats semblent assez satisfaisants pour nous encourager à persister dans cette voie et pour recommander la méthode à tous points de vue.

Ce n'est pas un médicament, ni une médication nouvelle C'est simplement un emploi particulier, parmi bien d'autres, du mercure. On ne peut lui demander ni plus ni moins que les autres préparations mercurielles.

Il présente l'avantage :

1° De respecter les voies digestives, parfois si fragiles dans le tout jeune âge.

2° L'application ne demande aucune difficulté.

3° L'absorption s'effectue d'une façon absolument continue et sans être à la merci d'un oubli ou d'une irrégularité d'administration.

4° On peut, à volonté, par l'ablation immédiate de l'emplâtre, faire cesser la médication. La peau n'en renferme plus qu'une minime proportion déjà emmagasinée.

5° C'est aussi un moyen de déguiser la médication mercurielle, lorsqu'elle est systématiquement refusée ou que, des circonstances particulières nous obligent à ne pas dévoiler à l'entourage l'existence de la syphilis.

L'emplâtre au calomel ne fait office que de traitement mercuriel, il cède la place en temps voulu au traitement ioduré.

CLINIQUE NEUROLOGIQUE

Psychoses de la puberté

Par le Dr Jules Voisin, *médecin de la Salpêtrière*

Tous les auteurs ont considéré la puberté comme une cause importante de folie. Pinel, Esquirol, Marc, Spurzheim ont tout particulièrement attiré l'attention sur ce sujet ; mais pour ces auteurs, les psychoses de la puberté ne constituaient pas une entité morbide.

Ce furent Kahlbaum en 1863, puis son élève Hecker en 1871, qui les premiers décrivirent sous le nom d'hébéphrénie, ou folie de la jeunesse, une affection essentielle ayant sa marche et son existence propres ; ils la rangent dans le cadre des paraphrénies, c'est-à-dire des psychoses liées à une phase de l'évolution physiologique.

Bientôt ces auteurs s'aperçurent que l'hébéphrénie présentait deux modalités différentes : une forme grave à laquelle ils réservèrent le nom d'hébéphrénie et qui se termine par un état démentiel profond, et une forme légère à laquelle ils donnèrent le nom d'héboïde ou d'héboïdophrénie qui se termine par un arrêt de développement intellectuel se rapprochant de l'imbécillité.

De nombreux travaux parurent sur ce sujet tant en France qu'à l'étranger. Tandis que Kahlbaum considérait l'hébéphrénie comme indemne de tare héréditaire, Krafft-Ebing, Sterz, Finck, Kovalewsky, Thomas Clouston, Maïchline, Serbsky, Morel, Magnan, Legrand du Saulle, Falret, Régis, Joffroy, etc., la considéraient comme étant, ou l'apanage d'une hérédité chargée, ou la terminaison de psychoses aiguës de l'enfance.

Digitized by Google

Presque tous ces auteurs constatèrent que la plupart des psychoses qui se développent pendant la puberté (et surtout à son début) guérissaient sans laisser aucune trace, et que, parmi les psychoses démentielles, il y avait une démence ressemblant en tout point à la paralysie générale progressive de l'adulte à part le délire ambitieux. Il fallut donc admettre plusieurs variétés de psychoses de la puberté et non une seule variété. L'évolution pubérale n'est donc pas seule en cause. Que l'on invoque la théorie d'excitation cérébrale réflexe ou la théorie de la sécrétion glandulaire, il est certain que d'autres éléments interviennent. Et d'abord qu'est-ce que la puberté? Quelles sont les limites de cette période pubérale? Voyons si elle n'est pas constituée par des éléments autres que la sexualité. La puberté est non seulement caractérisée par la maturité sexuelle, mais encore par le développement du corps (croissance), le développement de l'intelligence et l'apparition de sentiments nouveaux en rapport avec cette maturité sexuelle.

La période pubérale, qui s'étend de 12 à 14 ans, suivant les sexes, les races ou les climats, jusqu'à 22 ans, est remplie par des actes physiologiques divers qui peuvent être arrêtés, troublés ou pervertis dans leur évolution par une infinité de causes d'ordre physique ou pathologique. Ces causes ont une influence d'autant plus grande qu'elles agissent sur un sujet prédisposé. Des règles douloureuses en ébranlant le système nerveux, des règles trop abondantes en déprimant l'économie, une croissance trop rapide, une nutrition défectueuse ou insuffisante, un travail physique ou intellectuel trop prolongé, au-dessus des forces du sujet, une maladie infectieuse, un traumatisme moral ou physique, jouent le principal rôle déterminant dans la grande majorité des cas. C'est ce que démontrent un grand nombre d'auteurs (Binswanger, Christian, Wille, etc.).Les états graves, les états démentiels paraissent produits plutôt par ces causes que par l'instauration sexuelle.

Marro attire surtout l'attention sur la différence de gravité entre les psychoses du début de l'instauration menstruelle et celle de la fin de la puberté. Cette remarque est très judicieuse.

L'apparition des règles chez la plupart des jeunes filles passe inaperçue, ne provoquant aucun trouble mental. Si le trouble mental arrive, il est généralement de peu de durée et ne se montre que chez des sujets qui ont une prédisposition héréditaire chargée. Il faut donc un terrain préparé pour l'éclosion de la psychose. Cette question de terrain, nous la retrouverons pour toutes les causes débilitantes que nous venons d'énumérer (elles n'agissent qne chez les sujets prédisposés). Tous les individus qui ont un surmenage physique ou intellectuel ne délirent pas.

Ainsi donc, l'élément indispensable pour l'éclosion de ces psychoses, c'est l'hérédité ; la puberté et toutes les causes débilitantes ou maladies de cette époque n'en sont que les causes favorisantes, les causes occasionnelles.

L'ensemble des symptômes que présentent les psychoses de la puberté est encore une preuve du rôle important que joue l'hérédité dans ces affections : alternatives d'excitation et de dépression, périodicité dans les symptômes, accès impulsifs.

Ces désordres sont très variables, ils ont tantôt la forme d'une psychose pure, tantôt celle d'une régression mentale, tantôt celle d'une dégénérescence mentale, tantôt celle d'une neuro-psychose, tantôt celle d'un délire toxique. C'est cette classification que nous avons adoptée, pour faciliter la description de ces troubles mentaux. Nous avons décrit chacune de ces variétés et nous terminons notre travail par quelques mots sur la médecine légale et le traitement.

Nous donnons aussi le plan de cette classification et les conclusions auxquelles nous sommes arrivés.

CLASSIFICATION

I. — *Psychoses pures de la puberté :*

Mélancolie : Mélancolie simple, passive ; Mélancolie avec excitation, active. Mélancolie avec stupeur, catatome.

Manie : Manie simple forme typique, rare dans l'adolescence ; Manie irritable. Marie choréique simple et hallucinatoire ; Forme catatonique.

Confusion mentale.

Folie hallucinatoire.

II. — *Etats régressifs :*

Demence de la puberté : hébéphrénie, démence aiguë ou primitive, stupeur aiguë.

Démence précoce simple.

Paralysie générale progressive.

Démence épileptique spasmodique (voir Épilepsie).

III. — *Dégénérescence mentale :*

Paranoïa.

Folie périodique { Intermittente. / Circulaire, à double forme.

Phobies. Obsessions. Folie du doute et du toucher.

Kleptomanie. Dipsomanie.

Aberrations sexuelles.

Impulsions. Suicide. Homicide.

Folie morale.

Délire des dégénérés.

IV. — *Psychoses combinées. Neuro-psychoses :*

Neurasthénie.

Hypocondrie.

Hystérie.

Chorée.

Epilepsie : Psychose chronique. Démence spasmodique; Psychose aiguë.

V. *Psychoses par intoxication :*

Infections. Auto intoxication.

Intoxication alcoolique.

CONCLUSIONS

1° On doit entendre par psychoses de la puberté les af-

Digitized by Google

fections mentales qui se développent dans la puberté, c'est-à-dire entre 14 et 22 ans Cette période est caractérisée par la maturité sexuelle et le développement physique et intellectuel de l'individu ;

2° Toutes les variétés de psychoses peuvent se montrer à cette époque : l'hébéphrénie comme entité morbide n'existe pas. On doit réserver le nom d'hébéphrénie aux cas de démence. Les psychoses qui se développent au début de l'évolution pubérale sont moins graves que celles qui se développent dans le cours ou à la fin de la puberté. Les premières peuvent être appelées psychoses de la puberté, tandis que les autres seraient les psychoses de l'adolescence ;

3° La prédisposition héréditaire est la cause prédominante de ces affections ; c'est l'association du développement intellectuel incomplet de l'individu avec l'hérédité qui donne à la maladie son cachet dit hébéphrénique ;

4° Les psychoses pures, ou plutôt celles qui se rapprochent le plus des formes pures, présentent des tableaux atypiques, des formes mixtes qui guérissent dans plus de la moitié des cas ;

5° La mélancolie apparait le plus souvent sous la forme grave de la stupeur, s'accompagnant d'actes impulsifs, d'obsessions et d'hallucinations impératives dirigées contre la vie du malade et de son entourage. On signale en même temps très souvent le mysticisme et l'onanisme ;

6° La manie se présente rarement sous la forme bénigne; *elle* revêt le plus souvent le caractère de la moria et présente aussi beaucoup d'éléments impulsifs.

7° La démence précoce (hébéphrénie), décrite par Kahlbaum et Hecker, se présente sous deux formes : une grave et une légère. La forme grave peut offrir les symptômes de la stupeur, de la démence, de la catatonie, de la confusion mentale... C'est ce qui en rend le diagnostic difficile. La forme légère ou démence précoce simple (stigmate de dégénérescence mentale, Morel) doit être distinguée de la paralysie générale progressive et de la démence épileptique spasmodique ;

8° La confusion mentale présente un délire de rêve ou délire omirique, qui a beaucoup d'analogie avec le délire alcoolique. Ce délire omirique est la caractéristique des pschysoses d'auto-intoxication et il est presque sûr que les troubles de la nutrition de l'adolescence sont les causes de ce délire.

La guérison arrive dans la moitié des cas ; elle est annoncée généralement par des crises, sueurs, diarrhées, salivation, menstrues, abcès, furoncles, etc., et l'on constate presque toujours de l'amnésie rétro-antérograde, comme dans les cas de psychoses polynévrétiques ;

9° La paralysie générale progresive juvénile se distingue de la paralysie générale progressive de l'adulte par l'absence d'idées de grandeur et de délire ambitieux et par sa marche lente. Un grand nombre d'auteurs lui assignent comme étiologie la syphilis héréditaire ;

10° Les psychoses dégénératrices et les neuro-psychoses sont les plus fréquentes : elles reparaissent généralement à l'âge adulte ;

11° La médecine légale des psychoses de la puberté est soumise aux règles ordinaires de la médecine légale des aliénés ; mais les cas relatifs à la capacité civile sont écartés, puisque la loi française ne reconnaît pas la resp onsabilité criminelle, qui est fixée à 16 ans.

ÉTUDE CLINIQUE

Les infections adénoïdiennes (ou spéléopathiques).

Parmi les complications attribuées aux végétations adénoïdes, on n'a pas fait jusqu'ici une place suffisante aux accidents d'ordre infectieux, aux infections adénoïdiennes. Il y a sur ce point dans les traités classiques une lacune qu'il importe de combler. Sans doute quelques-uns de ces accidents ont déjà été signalés, mais leur liste n'était pas complète, et il est utile d'en présenter une vue d'ensemble.

I. Infections portant sur les adénoïdes elles-mêmes. — Les adénoïdes peuvent être le siège d'une inflammation aiguë, d'une adénoïdite, celle-ci peut être dans certains cas l'origine d'une véritable septicémie mortelle. L'inflammation chronique, la rhino-pharyngite est une menace permanente d'infection générale qui peut se réaliser à l'occasion d'une des maladies (grippe, scarlatine, rougeole, etc.) qui portent leur action sur la gorge.

II. Infections de surface propagées aux muqueuses voisines. — Si l'infection est descendante, on peut noter l'amygdalite aiguë sous forme d'angine pultacée ou d'angines membraneuses pseudo-diphtériques, ou d'angines plegmoneuses. Ces diverses variétés d'angines ne se rencontrent guère que chez les adénoïdiens. L'hypertrophie des amygdales est presque toujours associée aux adénoïdes. Les laryngites aiguës ou chroniques sont fréquentes chez les adénoïdiens. Elles affectent souvent le type striduleux ou le type coqueluchoïde. Chez les mêmes malades on note souvent de la tracheïte, et des bronchites aiguës ou chroniques, ayant parfois le caractère asthmatiforme.

Dans d'autres cas, c'est du côté de l'appareil auditif que l'infection se propage, provoquant l'eustachite, l'otite, la mastoïdite et exposant à des complications cérébrales ou méningitiques, à la thrombose des sinus.

Si la propagation se fait en avant, l'adénoïdite produit la rhinite, puis ultérieurement l'appareil oculaire peut être atteint (dacryocystite, conjonctivite, kératite phlycténulaire, blépharite ciliaire, orgelets). Des sinusites sont également possibles. On voit que toutes les parties de ce que je propose d'appeler la grotte faciale sont solidaires dans leurs affections. Une affection née en un point quelconque des voies aériennes supérieures ou de leurs annexes peut

Digitized by Google

se propager à tout l'ensemble. Toutes les affections de cette grotte faciale (nez, pharynx, appareil auditif, appareil visuel, sinus) peuvent produire les mêmes infections que les adénoïdes elles mêmes. Aussi peut-on pour plus d'exactitude, donner à ces infections le nom d'infection spéléopathiques (de σπήλαιον, grotte).

III. Infections de surface propagées a la peau du voisinage. — La peau de la face rentre dans l'orbite pathologique de la grotte faciale. Les lésions du nez ou de l'appareil lacrymal peuvent y provoquer l'érysipèle, l'impetigo, l'eczéma, le lupus, peut-être aussi la couperose.

IV. Infections ganglionnaires. — Les accidents précédents rentraient presque tous dans le cadre de l'ancienne scrofule. Les adénites cervicales viennent compléter le tableau. Celles-ci peuvent affecter des types divers : fièvre ganglionnaire, hypertrophie des ganglions du cou, écrouelles véritables. A cette liste, il faut sans doute ajouter aussi la micropolyadénopathie généralisée de Legroux, l'adénie de Trousseau, la lymphadénie ganglionnaire, les lymphômes tuberculeux, qui semblent avoir bien souvent une origine rhino-pharyngienne.

V. Infections par cheminement interstitiel. — Les microbes ne sont pas toujours drainés par les canaux lymphatiques. Ils peuvent cheminer de façon latente à travers les interstices des tissus, et aller former, plus ou moins loin de leur point de départ, des lésions importantes. Les abcès cérébraux et cérébelleux sont des exemples très nets d'accidents dus au cheminement interstitiel des microbes, à la suite d'une otorrhée. Du même mécanisme relèvent souvent les plaques de méningite, la méningite tuberculeuse, des névrites de nerfs crâniens. Du côté de l'appareil visuel, certains abcès orditaires, l'iritis, peut-être aussi le décollement de la rétine peuvent être dus à une diapédèse de microbes provenant du nez ou de la gorge.

VI. Infections sanguines. — Les adénites cervicales étant parfois tuberculeuses, le bacille de Koch est entré dans l'organisme et peut produire toutes sortes de tuberculoses, tuberculose pulmonaire ou ostéo-articulaire, granulie, etc. Ainsi se trouve complété le tableau de la scrofule comme j'ai cherché à le montrer dans mon livre sur la Scrofule et les Infections adénoïdiennes.

Mais il y a encore d'autres infections sanguines relevant de la même origine, sur lesquelles j'ai également attiré l'attention. On peut observer des néphrites et des endocardites (*Bull. Méd.*, n° 77, 1897), du rhumatisme aigu ou chronique (*Bull. Méd.*, 11 janvier 1899). Je pense aussi que parfois la chorée peut être également la conséquence d'une infection rhino-pharyngienne, ce qui expliquerait ses relations avec le rhumatisme et l'endocardite. Il peut en être de même du purpura.

En somme, les affections chroniques de la grotte faciale, les spéléopathies, sont une porte d'entrée ouverte en permanence aux infections microbiennes. Il importe par suite de pratiquer une désinfection constante des voies aériennes supérieures, surtout quand elles sont malades. Et c'est là un soin qui incombe autant aux médecins de famille qu'aux spécialistes. — Dr Paul Gallois.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Un médicament contre la dyspnée des phtisiques. — D'après M. le Dr B. Robinson (de New-York, le silphium lacinatum employé sous forme de teinture, procurerait souvent un soulagement considérable chez les tuberculeux dyspnéiques, et cela, même dans les cas où il existe déjà des cavernes pulmonaires.

Teinture de silphium lacinatum.	30 grammes
Alcool.....	120 —
Eau.....	60 —

Mêlez. — A prendre : une demi-cuillerée à café plusieurs fois par jour.

Le silphium ou silphie qui n'est pas employé dans notre thérapeutique est une ombellifère que les latins nommaient Laserpitium et qui passait pour douée de propriétés merveilleuses.

Traitement des sténoses de l'œsophage dans les néoplasmes de nature maligne. — (Rosenheim, *Deutsch. f. Chir.* L II, 3-4).

D'après les observations de Rosenheim, le cathétérisme dilatateur méthodique, indiqué dans les rétrécissements cicatriciels, dans les sténoses par compression, dans les contractures spasmodiques ou dans l'hyperesthésie de l'œsophage, est absolument contre-indiqué, dans les néoplasmes de nature maligne, aussi longtemps que les malades peuvent prendre des aliments liquides.

On diminuera l'excitabilité de l'œsophage par l'administration interne de morphine seule, ou associée à la cocaïne, ou à l'antipyrine, ou au menthol, sous forme de pastilles comprimées qu'on laissera fondre lentement dans la bouche et dont voici la formule :

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 005
— de cocaïne.	0 — 0025
Antipyrine	0 — 10
Sucre.....	0 — 30

F. s. a. 30 pastilles (à prendre 1 à 2, plusieurs fois par jour, immédiatement avant le repas).

Mais souvent, il faut renoncer à la morphine. Alors on tente l'anesthésie locale à l'aide d'une sonde œsophagienne, en injectant à l'endroit même, 3 grammes environ d'une solution contenant 1 à 4 % de nitrate d'argent, ou bien 3 % d'eucaïne. On intervient tous les deux jours d'abord, ensuite plus rarement avec l'eucaïne, on peut faire deux injections dans la même journée. Alors la déglutition est parfois remarquablement facilitée, quoique souvent d'une façon passagère. Les aliments à prescrire sont liquides, en recommandant au malade d'avaler lentement, tranquillement, avec plusieurs pauses.

Paquets antithermiques (enfants) :

Euquinine.....	0 gr. 10
Antipyrine	0 — 10
Antifébrine.....	0 — 02

M. pour un paquet, 2 à 3 paquets par jour dans de la confiture ou du lait sucré.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Indications de la saignée

1° Un moyen thérapeutique est indiqué lorsqu'il est établi qu'il procure, dans une circonstance donnée, un soulagement plus grand qu'aucun autre.

La saignée ne peut donc être considérée comme indiquée que dans les cas où elle agit avec une supériorité incontestable sur tous les autres procédés thérapeutiques.

2° L'emploi des saignées répétées comme méthode de traitement dite autrefois méthode antiphlogistique, paraît être définitivement condamné.

L'ouverture de la veine, pratiquée une fois, ou plusieurs fois à des intervalles relativement éloignés, mérite au contraire d'être conservée comme moyen utile et parfois héroïque.

3° Les cas dans lesquels la saignée est indiquée sont, d'une manière générale, ceux où la vie est mise en danger immédiat, soit par troubles de la circulation, soit par toxémie.

4° Les principales conditions dans lesquelles l'indication de la saignée est nette sont les suivantes :

(Œdème aigu du poumon, particulièrement dans les maladies des gros vaisseaux et des reins ;

Certains cas de pneumonie à forme œdémateuse ou simplement congestive ;

Certains troubles mécaniques de la circulation par maladie du cœur ou des gros vaisseaux : particulièrement en cas d'hypertension artérielle, mais aussi parfois avec asystolie évidente; formes congestives et hémorragiques de la néphrite aiguë; congestion cérébrale et hémorragie au début, chez les malades ayant de l'hypertension artérielle;

Urémie aiguë ou récente ;

Eclampsie puerpérale ;

Empoisonnement du sang par certains gaz, notamment par l'oxyde de carbone.

5° Dans toutes les autres conditions pathologiques, les indications de la saignée sont discutables.

Il en est notamment ainsi dans la chlorose.

6° Les indications de la saignée sont établies empiriquement par l'observation des faits. A cet égard, les documents classiques de réelle valeur sont peu nombreux. Les statistiques ne sont guère utilisables, car il est très difficile de faire un groupement irréprochable de faits souvent disparates.

7° Les effets dits physiologiques des soustractions sanguines ne pourront donner qu'une idée très imparfaite des effets thérapeutiques de la saignée. Ceux-ci résultent essentiellement des conditions très particulières créées par la maladie.

Ils semblent pouvoir se rattacher en grande partie, d'un côté à l'effet mécanique produit par la soustraction brusque d'une certaine quantité de sang, de l'autre à une décharge de poison.

Les faits cliniques observés avec précision prouvent que ces effets thérapeutiques sont d'une grande puissance

8° La résistance de l'homme et des animaux supérieurs aux soustractions sanguines est considérable, dans tous les cas où il n'existe pas une cause pathologique de déglobulisation ou une entrave à la rénovation du sang.

Sauf aux âges extrêmes de la vie, dans les cas morbides que nous venons de signaler, une saignée d'une certaine importance (de 300 à 500 cent. cubes) est toujours facilement supportée, alors même que les malades sont sensiblement anémiés, ce qui arrive assez souvent dans l'urémie et dans l'éclampsie puerpérale.

9° La réparation du sang s'effectue chez les malades comme à l'état physiologique, par l'intermédiaire des hématoblastes : les éléments de la moelle des os n'y prennent aucune part.

Ces éléments ne passent dans le sang général qu'en cas de pertes de sang excessives, répétées coup sur coup. — Prof. Havem.

RHINOLOGIE

Nouvelle méthode de traitement des affections nasales et naso-pharyngiennes par les applications d'air chaud

L'air chaud n'a encore été jusqu'ici utilisé dans le traitement des maladies des premières voies aériennes que sous forme d'inhalations : méthode grossière qui fait circuler dans les fosses nasales de l'air humide dont la température dépasse à peine celle de l'air ambiant. Nous nous sommes proposé d'agir très différemment en appliquant à la surface de régions circonscrites de la muqueuse, des courants d'air sec surchauffé, à une température de 80° à 100°, méthode qui rappelle celles qu'emploient Hollander et Jayle en dermatologie et en gynécologie. La source d'air sous pression nous est fournie par des tubes d'acier contenant de l'air à une pression de 120 atmosphères; celui-ci s'échauffe dans un serpentin métallique, et il est conduit à destination par un tube métallique souple, doublé d'amiante. A l'extrémité de ce tube se vissent des canules de grosseur et de formes variées, suivant qu'on veut appliquer l'air chaud sur les cornets, sur les pavillons tubaires ou dans l'oreille. A la base de la canule est adapté un régulateur de température et de pression.

Les applications d'air chaud se font sous le contrôle de la vue, avec miroir frontal et spéculum. La séance dure

Digitized by Google

deux minutes et est répétée deux ou trois fois par semaine. En général, de huit à douze séances sont nécessaires pour obtenir un bon résultat. Ce traitement est absolument indolore. L'arrivée de l'air chaud provoque une rétraction intensive de la muqueuse, suivie bientôt d'une abondante sécrétion aqueuse de défense qui cesse après quelques instants. L'effet utile produit par le traitement se manifeste ensuite : d'abord passager, il tend à devenir définitif. Les applications d'air chaud nous ont surtout réussi dans les cas de *coryza chronique congestif* avec obstruction nasale intermittente; il donne des résultats remarquables et durables, à condition qu'il n'y ait pas encore de dégénérescence angiomateuse de la pituitaire. Elles font rapidement cesser les éternuements et autres symptômes nerveux des *coryzas spasmodiques*. Elles tarissent les écoulements de *l'hydrorrhée nasale* et ramènent la muqueuse à son état objectif normal. Dans le rhume des foins, où notre expérience est encore bien récente, elles semblent seulement soulager les crises. Enfin, elles donnent de bons effets dans les *troubles auriculaires*, surdité et bourdonnements, liés aux catarrhes du nez et du naso-pharynx; l'*otalgie* leur cède presque immédiatement, Vouloir faire de ce traitement la panacée des affections du nez serait le vouer à une déconsidération rapide. Nous croyons utile de déclarer qu'il ne nous a donné jusqu'ici aucun résultat dans l'ozène, lee catarrhes purulents, le lupus nasal, les rhinites hypertrophiques vraies, non plus que dans toutes les affections nasales et naso-pharyngiennes justiciables du traitement chirurgical. — Drs M. Lermoyez et C. Mahu.

OTOLOGIE

Traitement des Bourdonnements d'oreille.

Les bruits subjectifs, désignés communément sous le nom de *Bourdonnements d'oreille* sont le résultat d'une irritation du nerf auditif dans ses ramifications labyrinthiques terminales, dans son trajet ou encore à son point d'origine centrale. Ils peuvent aussi exister sans lésions de l'appareil auditif (anémiques, neurasthéniques ou après l'absorption de certains médicaments, salicylate de soude, sulfate de quinine, etc.).

La nature, le timbre, l'intensité, la durée en sont variables. Ils se manifestent parfois en dehors de toute surdité ; ils peuvent la précéder. Généralement, ils surviennent et augmentent en même temps qu'elle. Ils constituent un des symptômes les plus pénibles des affections auriculaires.

Les bourdonnements d'oreille surviennent : 1° dans les lésions inflammatoires et traumatiques de l'oreille externe et de l'oreille moyenne ; 2° dans l'otite moyenne sclérémateuse ; 3° dans les infections de l'oreille interne.

Les bourdonnements dont le point de départ est le conduit s'observent si un corps étranger ou un bouchon cérumineux y séjourne ou bien dans les cas d'otite externe de furoncle du conduit. Le traitement employé contre l'affection elle-même fera fera cesser le bourdonnement.

Dans les maladies aiguës de l'oreille moyenne (caisse ou tympan), il en sera de même. Si les bourdonnements persistent après la guérison de l'affection initiale, les douches d'air par le cathétérisme de la méthode de Politzer, combinées avec le massage du tympan, sont la meilleure méthode à employer pour les faire cesser.

Dans l'otite sèche ou sclérémateuse, les bourdonnements existent sinon dans la généralité, au moins dans la très grande majorité des cas. Le traitement doit tendre 1° à diminuer l'irritabilité des centres nerveux par la médication interne de la révulsion, 2° à combattre l'ankylose des osselets, l'adhérence de l'étrier à la fenêtre ovale et à diminuer ainsi la pression intra-labyrinthique.

Médication interne et Révulsion. — Les badigeonnages sur la peau du conduit ; les tampons de ouate imbibés de substance médicamenteuse, les bains d'oreille avec les solutions calmantes (morphine, cocaïne, jusquiame, etc.) sont sans grand effet. La révulsion sur l'apophyse mastoïde par applications de teinture d'iode, frictions au baume de Fioraventi, petits vésicatoires volants, *pointes de feu* surtout, procure souvent une sensible amélioration.

Parmi les médicaments préconisés à l'intérieur, nous ne retiendrons que l'iodure de potassium, le valérianate d'ammoniaque. Le cimicifuga, en pilules ou sous forme de teinture et d'extrait fluide, très vanté dans ces derniers temps, ne nous a donné dans les nombreux cas où nous l'avons employé aucune action durable ; il doit être abandonné. Le bromure et l'iodure de potassium associés restent les médicaments de choix dans les bourdonnements dus à l'otite scléreuse. Dans les bourdonnements et les vertiges provoqués par les lésions de l'oreille interne, la quinine donne certainement de bons résultats.

Si les bourdonnemements ont une origine réflexe (affections de l'estomac, utérus, carie dentaire, etc.), le traitement devra s'adresser à la cause.

L'électricité (courants induits, pôle positif à l'apophyse mastoïde ou le conduit, pôle négatif à la nuque) a été aussi conseillée — mais doit être employée, à cause du voisinage du cerveau, avec la plus grande prudence. De plus les résultats obtenus n'ont pas donné les résultats espérés.

Traitement Mécanique. — De beaucoup plus important pour diminuer la compression du labyrinthe que provoque l'enfoncement de l'étrier dans la fenêtre ovale. — Si le malade peut être suivi régulièrement on fera tous les deux jours le cathétérisme de la trompe d'Eustache et on insufflera directement de l'air dans la caisse. Dans les cas de bourdonnements très intenses, on se trouvera bien de charger l'air insufflé de vapeurs d'éther, chloroforme ou bromure d'éthyle. Si le malade ne peut-être suivi régulièrement, on conseillera les douches d'air par la méthode de Politzer.

Digitized by Google

Les insufflations d'air par la trompe d'Eustache doivent être combinées avec la massage du tympan et la raréfaction de l'air du conduit auditif externe ; on obtient ainsi la mobilisation des osselets. On emploiera le spéculum de Seigle ou les différents masseurs du tympan (Delatouche, Collin).

L'affection étant tenace et n'ayant aucune tendance spontanée à la régression, le traitement tant interne que mécanique doit être continué avec patience et persévérance — et, dans nombre de cas, on obtiendra ainsi l'atténuation et la disparition des bourdonnements d'oreille.

CUVILLIER ET VASSAL.

THÉRAPEUTIQUE DES VOIES URINAIRES

De la valeur de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale

L'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein est passée dans la pratique depuis quinze ans à peine, mais les opérations se sont rapidement publiées. M. Pousson en étudie les résultats dans les différents cas :

I. — RÉSULTATS GÉNÉRAUX

« 1° *Résultats immédiats.* — *a*) La mortalité opératoire globale, d'après l'ensemble des statistiques, portant sur 600 cas, est de 21.33 p. 100, elle s'abaisse à 11,68 p. 100 dans notre statistique composée de faits récents, et tombe à 8,95 p. 100 si on envisage la pratique de quelques chirurgiens.

« *b*) La mortalité opératoire respective de la néphrotomie et la néphrectomie est sensiblement égale (20,8 p. 100 contre 21,47 p. 100) pour le bloc de nos statistiques, mais dans les statistiques personnelles à quelques chirurgiens on voit que l'incision du rein est autrement meurtrière que son extirpation (18,51 p, 100 contre 6,54 p. 100).

« *c*) Les causes de la mort après la néphrotomie et la néphrectomie sont la suppression complète de la sécrétion urinaire et son insuffisance (51 fois sur 128 décès), accidents que les progrès du diagnostic nous font espérer de conjurer désormais. L'intervention ne semble avoir aucune influence sur les lésions bacillaires préexistantes. Le schock, la septicémie, la péritonite, la blessure de viscères ou de vaisseaux importants sont les autres causes de mort.

« 2° *Résultats éloignés.* — Après la néphrotomie, sur 63 opérés, 39 succombèrent dans l'année suivante aux progrès de la tuberculose ou à d'autres causes tenant à l'insuffisance de l'opération, 24 survécurent, dont quelques-uns au-delà de 3, 5 et 10 ans, mais tous conservèrent une fistule lombaire.

« Après la néphrectomie, sur 335 opérés, 42 moururent dans l'année par généralisation de la bacillose, les 293 autres vivaient encore au bout de 1 an (33 malades); de 2 à 3 ans (41(, de 5 ans (4), de 6 ans (7), de 8 ans (2), et un petit nombre (7 sur 105) avaient une fistule.

« En comparant la néphrotomie et la néphrectomie, nous voyons que la survie n'est pas moindre après la suppression du rein qu'après son incision, et que même elle lui est supérieure (12,54 p. 100 de décès dans l'année suivante après la néphrectomie contre 61,70 p. 100 après la néphrotomie.

II. — RÉSULTATS DANS LES DIVERSES FORMES ET CIRCONSTANCES CLINIQUES DE L'AFFECTION

(*Indications et contre-indications*)

a) Dans la phase d'infection purement bacillaire, sur 10 interventions pour douleurs ou hémorrhagies, il n'y a eu aucun décès, et les malades, suivis pendant longtempsa ont conservé l'intégrité de leur appareil urinaire. L'intervention dans le seul but de supprimer un foyer bacillaire silencieux serait légitime.

b) Dans la phase d'infection mixte, les résultats moins satisfaisants sont sensiblement les mêmes dans la tuberculose primitive et secondaire au point de vue de la survie dans la primitive.

c) La bilatéralité des lésions ne contre-indique l'intervention que si le rein opposé présente des lésions bacillaires avérées ; une légère néphrite banale ne s'oppose ni à la nephrotomie ni à la néphrectomie, qui améliorent au contraire l'état anatomique et physiologique du rein conservé.

d) Du côté de la vessie, les réflexes disparaissent après l'intervention, quant aux infections banales et aux infections bacillaires pures ou associées, elles peuvent être dès lors heureusemeet modifiées par le traitement local.

e) L'état des poumons et des autres organes, l'âge et le sexe n'entraînent d'autres contre-indications que celles qui régissent les opérations en général.

III. — RÉSULTATS SUIVANT LES DIVERS MODES D'INTERVENTION

(*Choix de la méthode et du procédé opératoires*)

a) La néphrotomie ne saurait être employée dans la forme miliaire et nodulaire, mois on peut y avoir recours dans la force massive en y joignant le curetage. Elle conviendrait surtout à la forme hydronéphrotique tout à fait exceptionnelle. Jusqu'ici elle a été à peu près exclusivement pratiquée dans la variété pyélonéphrotique, elle n'a donné que des résultats temporaires, et, dans les cas les plus heureux, a toujours été suivie d'une fistule. La néphrotomie ne doit être considérée que comme une opération de nécessité.

b) La néphrectomie primitive constitue l'opération de choix; sa mortalité n'étant que de 21,79, tandis que celle de la néphrectomie secondaire est de 30,76. Cette dernière cependant peut rendre de grands services. mais à condition d'être précoce et pratiquée dans un laps de deux à trois mois.

c) Si l'on compare les voies extra-péritonéale et transpéritonéale, on voit que la première comportant une mortalité de 21,21 p. 100 contre 34,04 p. 100 incombant à la econde est bien préférable. En combinant suivant les cas les incisions pariétales, on peut extraire par la région lombaire ou paralombaire des reins volumineux, sans morcellement, lier séparément les divers éléments du pédicule et pratiquer l'urétérectomie.

Digitized by Google

« *d*) La néphrectomie partielle, pratiquée seulementun petit nombre de fois, paraît devoir être rejetée comme insuffisante et parce que la portion du rein qu'elle conserve, si elle n'est pas déjà envahie par l'infitration tuberculeuse, est souvent atteinte de néphrite de voisinage. »

M. Albarran dans la tuberculose rénale a pratiqué 29 néphrectomies : 28 guérisons et une mort, soit une mortalité de 3 1/2 p. 100. Sur 15 néphrotomies une mort opératoire.

Il insiste sur l'utilité des interventions précoces dans les lésions unilatérales : les succès immédiats sont beaucoup plus nombreux lorsqu'on opère de bonne heure, et on évite les redoutables complications vésicales par voie descendante, dont la fréquence est grande dans la tuberculose.

Mais pour opérer lorsque les lésions ne se manifestent pas encore par les symptômes ordinaires, il faut diagnostiquer de bonne heure; or, ce diagnostic, le cathétérisme uretéral le permet. Par lui nous pouvons étudier comparativement dans les deux reins les qualités physiques et la composition chimique des urines, pratiquer leur analyse histologique et bactériologique connaître enfin les modifications dans le pouvoir éliminateur des reins à l'égard du bleu de méthylène et de la fluoridzine. L'étude de l'urine globale ne peut, au contraire, pas nous renseigner sur les lésions légères ou même graves d'un seul rein.

Pour baser des indications opératoires précises il est nécessaire de connaître aussi exactement que possible l'état du rein qui doit rester en place. On peut se tromper en croyant les deux reins malades lorsqu'un seul est atteint; on peut, au contraire, penser que la lésion est unilatérale lorsque les deux reins sont gravement atteints. L'auteur cite une femme chez laquelle tout fait penser que seul le rein est malade : elle ne souffre que de ce côté ; le rein gauche n'est pas augmenté de volume ; l'urine a une composition ordinaire, le bleu de méthylène s'élimine bien ; or, le cathétérisme uretéral pratiqué avant l'opération a montré des lésions graves doubles qui contre-indiquent toute intervention.

Comme l'a dit Pousson, on peut et on doit parfois extirper un rein lorsque l'autre est légèrement malade : mais il faut encore pouvoir dire avec certitude que cet autre rein suffira à la vie. La néphrectomie ne sera alors indiquée que si le rein qu'on doit enlever cause une atteinte grave à la santé générale Il est évident que si les lésions sont légères deux côtés, il ne faut point intervenir.

On parle souvent de deux phases dans la tuberculose rénale, une première d'infection bacillaire pure, avec lésions peu prononcées encore ; une seconde d'infection mixte qui serait surtout caractérisée par la pyonéphrose. Or, on doit bien établir que la pyonéphrose tuberculeuse peut exister sans qu'il y ait d'infection mixte; les lésions sont souvent purement bacillaires comme le démontrent plusieurs observations personnelles avec cultures immédiates du pus.

M. Albarran qui faisait résection de l'uretère dans ses premières opérations, y a renoncé aujourd'hui quand les lésions ne sont pas très limitées : 1° parce qu'on n'enlève jamais ou presque jamais toute la partie malade; 2° parce que cette extirpation uretérale aggrave l'acte opératoire; 3° parce que, chez plusieurs malades, il a constaté qu'ultérieurement l'uretère sectionné s'atrophie et parce que, chez aucun de ses opérés, il n'a vu de fistule persistante.

Les succès opératoires seront plus nombreux, les survies plus longues lorsque nous ferons mieux le diagnostic précoce des lésions, déterminant avec exactitude l'état des deux reins. Ici encore le cathétérisme cystoscopique des uretères a réalisé déjà un progrès considérable.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Quand peut-on dire qu'on opère une appendicite à froid ?

De plus en plus, je suis convaincu que lorsqu'on est appelé au début d'une appendicite, le traitement de choix n'est pas, comme quelques-uns ont voulu le dire, l'opération immédiate, mais le traitement par l'application de vessie de glace, le repos absolu, la diète et l'opium à l'intérieur. C'est ce traitement que mon ami, le docteur Jalaguier, vient de défendre, c'est celui que j'ai défendu un des premiers dès 1896 à la Société de Médecine et Chirurgie pratiques, et auquel je reste de plus en plus fidèle à mesure que mes observations augmentent et que les faits viennent à l'appui de mon opinion.

J'opère donc comme beaucoup de mes collègues de plus en plus à froid.

Mais il s'agit de s'entendre sur ce qu'on appelle à froid. Aucune régle précise n'a encore été donnée.

Pour beaucoup, à froid c'est quand on ne sent plus d'induration, de masse suspecte, quand le ventre est devenu souple. Eh bien cette constatation n'est pas encore suffisante, c'est ce que je vais essayer de démontrer par des observations.

Si vous avez eu affaire à une crise appendiculaire de courte durée, sans réaction péritonéale, le ventre restant souple, la douleur disparaissant dans les 24, 48 heures. dans ces cas, l'opération à froid peut se faire au bout de 15 à 20 jours.

Mais encore faut-il qu'il n'y ait pas eu de fièvre, car si pendant deux jours il a existé de la fièvre, on peut, en opérant trop tôt, trouver, comme cela m'est arrivé encore fréquemment chez un jeune homme qui avait eu une crise appendiculaire durant 48 heures, sans réaction péritonéale, mais avec fièvre pendant deux jours montant à 38,8, un gnait de coliques, qui étaient suivies de vomissements bilieux. Le malade vomissait d'ailleurs tout ce qu'il prenait. Les yeux étaient concaves, la voix très faible. Le pouls rapide était cependant bien frappé ; 110 — température 38, meso friable, se coupant facilement et pouvant saigner,

Digitized by Google

donner lieu à ces hémorrhagies que signalait récemment M. Kirmisson.

Toutefois, ce sont là de petits ennuis. Mais il n'y a pas là de graves accidents. Puisque toutes les opérations faites à partir du vingtième jour, dans ces conditions, m'ont donné une guérison.

J'arrive maintenant à ces cas où la crise appendiculaire s'est accompagnée de réactions péritonéales graves au début qui se sont calmées sans donner lieu à une collection limitée. Dans ce cas on ne saurait trop recommander de tarder le plus longtemps possible l'opération de l'appendice à froid. Cet appendice ne se refroidit que lentement, et lors même que la palpation ne révèle plus rien, dans ces formes, il faut se défier en intervenant trop de réveiller par le traumatisme un feu qui couvait sous la cendre.

C'est à l'appui de ces idées que je viens vous apporter ici ces deux observations qui me paraissent bien démonstratives et que j'ai choisies à cause de cela.

Le premier malade était un jeune homme de dix-neuf ans qui à plusieurs reprises avait eu, comme c'est la règle, des douleurs appendiculaires; trois jours avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris après avoir été à la garde-robe de douleurs dans la fosse iliaque; il avait cru devoir se purger. Le lendemain, douleurs, vomissements, ballonnement du ventre, qui le retiennent au lit; il appelle un médecin qui me l'adresse. A son entrée, je trouve un malade ayant la figure concavée, le pouls à 120, rapide, cependant nettement frappé. La température est à 39. Le malade a eu un léger frisson la veille. Le ventre est contracturé, douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite. Il accusait toutefois de la douleur gauche. Le matin, le malade avait eu un vomissement bilieux. Nulle part on ne trouvait de matité permettant la localisation d'une collection se formant.

Dans ces conditions, je crus devoir me contenter du traitement médical, large application de glace sur le ventre, opium à l'intérieur, injection sous-cutanée de sérum 1200 grammes, diète absolue.

Le lendemain, la température, qui la veille avait monté à 39, baissait à 38 et se maintenait pendant quatre jours à cette température, 37,9 le matin, 38, 2 le soir.

Le ventre devenait moins douloureux, les vomissements cessaient, et le malade rendait des gaz. Je ne notais toutefois aucune localisation.

Dans ces conditions, je continuai la glace, et me tins toujours sur l'expectative armée. Le cinquième jour de son entrée, le malade allait à la garde-robe spontanément, et le dixième jour, la température revenait normale. Le ventre devenait souple, non douloureux.

Le dix-septième jour de son entrée, c'est-à-dire le vingtième jour du début des accidents, le malade allait si bien, était si désireux de retourner dans son pays, que je crus pouvoir céder à ses instances et ne sentant rien d'anormal dans le ventre de nettement appréciable, persuadé que j'allais faire une opération à froid, je me décidai à l'opérer.

Or, à l'opération, je trouve un péritoine encore rouge, congestionné, un appendice situé du côté de la fosse iliaque, adhérent au péritoine pariétal profond ayant un méso court épaissi, très congestionné, très friable. L'appendice lui même était friable, et quand je veux placer ma ligature, il se coupe ainsi que le méso, comme quelquefois se coupe des pédicules de trompes opérées encore en période inflammatoire.

Les ligatures se mettent donc péniblement, il y a un peu d'hémorrhagie et je me vois forcé de faire un drainage de la plaie, drainage assez large. Malgré cela, le soir, la température montait, le malade avait le pouls rapide; le lendemain on défait tout le pansement on coupe toutes les sutures. Malgré cela la température continue à monter, et le malade meurt quarante-huit heures après l'opération, me laissant le chagrin que vous avez pu ressentir en pareille occasion de perdre un malade qu'on avait cru sauver par sa manière de conduire le traitement.

Or, pour moi, il n'y avait pas eu de faute commise dans mon opération, mon examen de conscience, la discussion du fait avec mes aides ne me reprochait rien. La seule faute que j'avais faite, et que je proclame bien haut, pour que cette observation serve d'enseignement était d'avoir opéré trop tôt; j'avais remué le feu sous la cendre, feu qui allait s'éteindre, mais qui, par le fait de mon opération, s'était rallumé donnant lieu aux accidents du début, mais plus intenses, car le malade était débilité et moins en état de se défendre par le fait de son attaque antérieure. Je cite une seconde observation, qui s'est terminée plus heureusement, mais qui montre qu'au bout de trente et un jours, il n'est pas encore prudent d'opérer dans ces formes d'appendicite, sans pus, mais à réaction péritonéale du début violentes, qui pour moi sont des appendicites érysipélateuses, aggravées comme l'érysipèle par tout traumatisme.

Le 27 mai dernier mon ami M. le docteur Paulesco me priait de voir dans le service de M. Lancereaux, un jeune homme de seize ans et demi qui était depuis deux jours dans le service.

Depuis six mois le malade éprouvait des douleurs dans le ventre, des coliques qui quelquefois le forçaient à se coucher.

Le 23 mai, deux jours avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris subitement de douleurs vives dans le ventre, après avoir été le matin à la garde-robe. En même temps que ses douleurs il était pris de vomissements alimentaires, puis bilieux. Un médecin appelé lui ordonna de mettre de la glace sur le ventre, mais cette glace est mal appliquée, irrégulièrement, et le malade, ne garde pas le repos absolu sur le dos.

Le 25 mai, quarante-huit heures après le début des accidents, il entre à l'hôpital du Perpétuel-Secours. A son entrée, le ventre est ballonné, très douloureux à la palpation, principalement au niveau de la fosse iliaque droite, les douleurs s'irradiaient en arrière du côté du rein. Il se plai-

Traitement : Glace sur le ventre, eau de Vichy, lavement

Digitized by Google

purgatif. Mais je dois dire que la glace était mise parcimonieusement, au moyen d'une vessie suspendue à un cerceau, et ne touchant le ventre que par un point très limité.

26 mai. — A la suite d'un lavement purgatif, selles abondantes infectes; le ballonnement du ventre persiste cependant, la voix reste très faible, les vomissements continuent, abondants, et prennent à la fin de la journée un aspect brunâtre rappelant celui des vomissements fécaloïdes. — Pouls 110, toujours régulier; t. 37 le matin.

Je le vois 27 mai au soir, et le trouve le ventre toujours ballonné, sans localisation nulle part de collection suppurée, les yeux concaves, le pouls à 120 — 130 rapide, les vomissements toujours abondants. — Je conseille de continuer l'opium à haute dose et les applications de glace, mais de remplacer la petite vessie de glace qui touchait le ventre sur un seul point par quatre vessies mises à plat.

Le 28 mai, l'état ne s'est pas amélioré, le ventre est toujours ballonné, les vomissements verts toujours abondants. Il éprouve des douleurs spontanées dans le ventre plus intenses que les jours précédents. Quinze gouttes de laudanum; pouls 120, t. 37,6, 38 le soir.

31 mai. — Mieux; le ventre est moins ballonné et moins douloureux; pouls 98. — Le malade demande à boire du lait; on lui en donne une petite quantité qu'il digère.

Depuis son état s'améliore tous les jours, et 30 jours après le début des accidents, n'ayant vu aucune localisation se produire, M. Paulesco me l'envoie à l'hôpital Lariboisière. A son entrée, on ne percevait plus rien d'anormal dans le ventre, pas de sensibilité, pas de tuméfaction, ventre très souple. Après l'avoir laissé se reposer quelques jours, je crus pouvoir l'opérer le 10 juillet dernier, 35 jours après le début des accidents.

Or voici la surprise que nous réservait l'opération. Je croyais bien être à froid, et cependant le ventre ouvert par l'incision de Roux, je tombe sur des anses intestinales rouges vasculaires, il s'écoule de la sérosité citrine, comme dans les péritonites récentes. L'appendice est rouge, congestionné, il est friable, et ce n'est qu'avec précaution que je place le fil qui l'enserre; le méso sur lequel je place un autre fil se déchire, il en résulte une petite hémorrhagie vite arrêtée, mais devant cet aspect décongestif des organes contenus dans la cavité péritonéale, devant cette sérosité, je n'ose pas fermer.

L'examen histologique fait par M. Paulesco montra que les lésions de cet appendice étaient surtout à la surface, et correspondaient bien à cette forme d'appendicite erysipélateuse sur laquelle cliniquement j'ai souvent attiré l'attention de mes élèves.

La muqueuse de l'appendice avait son épithelium normal; mais à la surface, on trouvait un réseau de vaisseaux dilatés, et dans les mailles de ce réseau, des hémorrhagies nombreuses en voie de régressions.

On trouvait enfin dans la paroi externe de l'appendice des streptocoques donnant l'explication des lésions et de la marche de cet appendicite, qui, malgré la réaction violente du début, n'avait pas suppuré et avait donné lieu à un épanchement de sérosité qui persistait encore 30 jours après le début, comme nous en trouvons dans les salpingites de même nature.

Comme je le fais dans presque toutes les appendicites à froid, et j'établis un drainage, qu'on peut retirer au bout de 48 heures.

Le malade guérit sans accident; toutefois, malgré ce succès j'ai regretté d'être encore intervenu ici trop tôt. J'aurais eu tout bénéfice à attendre, et je n'aurais pas eu à établir ce drainage, qui compromet toujours la solidité de la cicatrice.

Ces deux observations montrent donc d'une façon bien nette que dans ces formes d'appendicite où des vomissements prolongés, le ballonnement du ventre ont été l'indice d'une violente réaction péritonéale, on ne doit pas craindre d'attendre deux mois pour se mettre à l'abri de tout accident et opérer véritablement à froid. Passé en effet deux mois, j'ai fait dans les mêmes conditions des opérations en trouvant des lésions dont le refroidissement absolu m'était démontré, et parce que je constatais la bénigdité des suites opératoires.

Restent les cas où il y a eu abcès, démontrés par la présence d'une tuméfaction localisée la matité, la fièvre, et où l'abcès n'ayant pas été ouvert par la main du chirurgien, s'est ouvert spontanément dans l'intestin. En pareille circonstance, je crois qu'on ne saurait trop reculer la date de l'opération à froid; ce n'est plus quarante jours, mais trois, quatre, cinq mois.

On risque autrement de tomber sur des foyers mal vidés, encore viruleux, dont la découverte peut-être la cause d'accidents graves, dont malheureusement dernièrement on a entendu trop parler. Pour mon compte personnel, ce n'est que très tardivement et que je suis bien sûr que tout a dû s'éteindre, que j'interviens et en suivant cette ligne de conduite je n'ai eu qu'à me louer puisque, sur 59 opérations d'appendicite à froid, je n'ai eu qu'une mort, celle dont je viens vous parler (1).

Paul Reynier, *Chirurgien de Lariboisière.*

CLINIQUE MÉDICALE

Formes cliniques de la tuberculose du premier âge

M. le professeur André Moussous. — Des formes généralisées. — Pendant la seconde enfance, la tuberculose semble souvent dépouiller ses allures de maladie générale pour revêtir le masque d'une maladie locale.

En dehors de sa localisation sur le parenchyme pulmonaire qui, à toutes les périodes de l'existence, s'affirme comme le siège de prédilection des germinations bacillaires, c'est à partir de la deuxième ou troisième année que s'observent ces modalités cliniques si bien individua-

(1) XIIIe Congrès international des Sciences Médicales (2-9 août 1900).

Digitized by Google

lisées qui (sans compter les tuberculoses d'ordre chirurgical) sont : la péritonite chronique tuberculeuse et le carreau, la méningite tuberculeuse primitive et les tubercules cérébraux, l'adénopathie tracheo-bronchique, la cirrhose cardio-tuberculeuse, la maladie d'Addison, etc.... Cette multiplicité de formes locales auxquelles il est bon de joindre aussi une forme généralisée mais curable, la fièvre tuberculeuse prégranulique ou typho-bacillose, n'existe pas encore pendant la première enfance. Ce n'est pas à dire qu'on ne puisse citer, avant la deuxième année, quelques exemples des différents types cliniques que nous venons d'énumérer, mais ce sont des exceptions. — Ces exceptions ne peuvent prendre place dans une étude d'ensemble.

La tuberculose du premier âge, restriction faite pour les localisations sur l'appareil respiratoire (poumons, plèvre, ganglions, peritrachéo-bronchiques) qui seront envisagées dans un autre rapport, se présente d'ordinaire sous les apparences d'une maladie générale.

Telle devait être la conséquence forcée des constatations anatomo-pathologiques qui indiquent la tendance à la diffusion des lésions tuberculeuses à tous les viscères chez les enfants très jeunes.

Au point de vue de sa provenance, la tuberculose du premier âge est héréditaire ou acquise.

Pour incontestable que soit l'hérédité tuberculeuse (hérédité de graine), il est fort difficile d'en apprécier la fréquence. Les faits indiscutables d'hérédo-tuberculose typique sont trop rares pour permettre d'en aborder encore une description clinique.

Par contre, on ne peut décrire la tuberculose acquise du premier âge sans donner tout d'abord le tableau de cette déchéance organique, de cette dystrophie spéciale observée chez certains enfants issus de générateurs tuberculeux et qu'on désigne sous l'étiquette d'hérédo-tuberculose atypique. C'est parmi ces dystrophiés que la tuberculose va faire le plus de victimes.

La prise de possession de l'organisme par les bacilles ne se traduit pas toujours ou tout de suite par des symptômes morbides, la tuberculose est alors latente.

Lorsqu elle est en évolution, la tuberculose affecte chez les enfants du premier âge deux formes cliniques distinctes.

A. *La tuberculose généralisée aiguë.* — Procédant avec de la fièvre, des symptômes généraux et locaux rappelant les allures d'une maladie infectieuse aiguë.

B. *La tuberculose généralisée chronique.* — Tuberculose diffuse d'Aviragnet; tuberculose généralisée chronique apyrétique de Marfan, ayant tous les traits d'une cachexie.

Doit-on admettre en plus une FORME SURAIGUE ?

Cette question amène à envisager au point de vue clinique la coexistence, chez les bébés, de la tuberculose avec d'autres états infectieux, gastro-entérite, rougeole, coqueluche, diphtérie, etc.

Sous ses différents types, la tuberculose du premier âge s'accompagne communément d'un engorgement spécial des ganglions lymphatiques; cet engorgement serait même, d'après certains auteurs, l'unique expression de la tuberculose : *micropolyadénopathie généralisée.* Enfin, elle aboutit souvent à des accidents cérébraux qui évoluent avec une physionomie différente de la méningite tuberculeuse des enfants plus âgés : Méningite tuberculeuse des nourrissons.

Le point capital est la question du diagnostic. Extrême est la difficulté de reconnaître cliniquement la tuberculose chez les enfants du premier âge. Les grands signes, qui indiquent aux autres périodes de l'existence l'imprégnation de l'organisme par le poison tuberculeux : l'anémie, l'asthénie neuro-musculaire, l'amaigrissement, la tachycardie, sont ici d'un faible secours; on peut en dire autant des investigations portant sur la sécrétion urinaire.

On avait beaucoup compté sur la constatation de la micropolyadénopathie généralisée, mais ce signe n'est pas pathognomonique.

Le diagnostic mérite d'être envisagé successivement pour les deux formes que nous avons admises. Il faut distinguer la première forme de la gastro-entérite et de la fièvre typhoïde (maladie qui chez les nourrissons offre elle-même des allures spéciales). Il faut distinguer la deuxième forme de l'athrepsie, de la cachexie gastro-intestinale, de la cachexie syphilitique, de la cachexie paludéenne, de la cachexie pyodermique, enfin des anémies avec mégalosplénie.

En cas d'hésitation ou pour déceler la tuberculose latente, peut on recourir aux injections de tuberculine ou de sérum artificiel (Méthode de Sirot ?) Cette question, les avantages et les désavantages de ces méthodes seront étudiés dans un autre rapport. Mais nous voulons appeler l'attention sur un nouveau procédé de diagnostic qui, sans avoir fait complètement ses preuves, s'annonce aujourd'hui comme plein de promesses. C'est la séro réaction tuberculeuse, étudiée par Arloing et Courmont, et qui, expérimentée à l'hôpital des enfants de Bordeaux par le docteur Buard, vient de donner les résultats les plus encourageants.

***

M. H. RICHARDIÈRE, médecin de l'hôpital Trousseau. — Dans ce rapport sur les formes cliniques de la tuberculose du premier âge, j'étudierai spécialement la symptomatologie et l'évolution clinique de la tuberculose chez les tout jeunes enfants, en insistant d'une façon particulière sur les déterminations broncho-pulmonaires et ganglionnaires trachéo bronchiques.

Les trois autres co-rapporteurs, ayant déterminé ce qu'on doit entendre par premier âge (depuis la naissance jusqu'à 2 ans et 2 ans 1/2, à mon avis), étudieront l'étiologie, la tuberculisation des enfants par hérédité du germe ou du terrain, l'anatomie pathologique, le traitement, etc. M. Moussous et moi, nous envisageons surtout la partie clinique.

En me plaçant à ce point de vue, je devrai diviser mon rapport en quatre parties : A) caractères généraux de la

Digitized by Google

tuberculose chez les jeunes enfants; B) formes cliniques de la maladie; C) symptômes communs à toutes les formes; D) nouveaux procédés de diagnostic de la tuberculose infantile, et critique de la valeur de chacun de ces procédés.

A) *Caractères généraux de la tuberculose chez les jeunes enfants.* — Chez les enfants du premier âge, la tuberculose est presque toujours, sinon toujours, une tuberculose généralisée ou tout au moins, une tuberculose, qui, d'abord localisée à un organe (particulièrement aux ganglions lymphatiques), se généralise pendant la dernière période de la maladie.

Par sa tendance à la généralisation, par sa marche rapide, par le rôle du système lymphatique dans son extension, la tuberculose des enfants du premier âge est comparable à la tuberculose expérimentale.

Les causes de la généralisation de la tuberculose chez les jeunes enfants seront recherchées et discutées. On peut l'expliquer par l'activité et l'importance du système lymphatique à cet âge de la vie, par les conditions étiologiques (hérédité du germe ou hérédité de tissus moins résistants au bacille tuberculeux). Elle s'explique peut-être aussi par ce fait que les tissus neufs de l'enfant n'ont pas été soumis à l'action du bacille tuberculeux, et ne sont pas entraînés à lui résister. Les tissus de l'enfant ne seront pas vaccinés contre le bacille. Dans cette hypothèse, la résistance plus grande des adultes, qui sont plus volontiers des tuberculoses locales, s'expliquerait par une série de vaccinations successives.

La fréquence de la tuberculose du premier âge sera établie par les statistiques de Rilliet et Barthez, Hervieux, Landouzy et Queyrat, Hutinel, Aviragnet, Frœbelius, Schwer, etc).

B) *Formes cliniques de la tuberculose des enfants du premier âge.* — On peut diviser les tuberculoses des enfants du premier âge en plusieurs groupes :

1° Tuberculoses infantiles généralisées, sans localisation spéciale, à marche aiguë. Ce sont :

a) Les fièvres infectieuses tuberculeuses primitives suraiguës de Landouzy, dans lesquelles la maladie évolue comme une infection typhoïde, et dans lesquelles, à l'autopsie, on ne trouve pas de tubercules formés, mais seulement des bacilles. Ce seraient les tuberculoses bacillaires sans tubercules. Cette forme me paraît devoir être discutée, et je la discuterai.

b) Les tuberculoses aiguës granuliques (granulie d'Empis).

Dans cette forme, la tuberculose se présente en clinique comme une fièvre typhoïde. Au point de vue de la marche, on peut diviser cette forme en deux variétés : la forme typhoïde simple et la forme typhoïde atténuée.

2° Tuberculoses infantiles généralisées à marche aiguë, à localisation broncho-pulmonaire.

Ce sont ces tuberculoses que, par convention avec les corapporteurs, je devrai étudier spécialement. Je montrerai qu'elles sont le plus souvent mixtes, en raison de la généralisation des tubercules dans le parenchyme pulmonaire.

Pour la facilité de la description et de l'étude clinique, on peut diviser ce groupe des tuberculoses aiguës broncho-pulmonaires en : *a*) forme bronchitique : *b*) forme suffocante ou asthmatique; *c*) forme broncho-pneumonique; *d*) forme spléno-pneumonique; *e*) forme pleurétique.

3° Tuberculoses infantiles à marche lente (phtisie pulmonaire commune).

Ces tuberculoses se rapprochent de celles des adultes par leur marche lente : elles en diffèrent par leur tendance à la généralisation à la dernière période de la maladie.

Dans ce groupe, une forme a été bien individualisée par Marfan sous le nom de tuberculose généralisée chronique apyrétique des nourrissons et des enfants du premier âge.

Une autre est la phtisie ulcéreuse à marche lente (rare dans l'enfance), où elle présente certains caractères spéciaux tant au point de vue des symptômes pulmonaires que des symptômes généraux.

Dans ce groupe, on devra encore étudier la phtisie ganglionnaire (adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse).

C. *Les symptômes communs à toutes les formes de tuberculose infantile.* — Au point de vue de l'étiologie, il faudra rappeler l'importance étiologique de quelques maladies infectieuses (rougeole et coqueluche).

Dans la symptomatologie générale, j'étudierai l'habitus extérieur des enfants tuberculeux, la température, le pouls, la respiration, l'état des voies digestives, l'amaigrissement malgré la persistance de l'appétit, l'examen des urines, l'état du foie et de la rate, l'hypertrophie des ganglions lymphatiques.

D. *Moyens de diagnostic préconisés récemment. Critique de leur valeur.* — Un seul procédé de diagnostic comporte une certitude absolue : c'est la constatation des bacilles dans l'expectoration. La recherche des bacilles dans les crachats a été faite par Kossel, Epstein, etc. Elle a été rendue pratique par le procédé de Meunier.

Les autres procédés de diagnostic n'ont pas la même valeur, mais peuvent donner d'utiles renseignements.

Telle est la constatation de la micro-polyadénie de Legroux. A ce propos, on rappellera que Lesage et Pascal ont décrit une tuberculose généralisée de tous les ganglions lymphatiques sans participation des viscères.

Les injections de sérum artificiel, auxquelles Hutinel avait attaché une certaine valeur, peuvent provoquer des élévations de température, même chez les sujets non tuberculeux (Debove, Blache).

Les injections de tuberculine donnent le plus souvent une réaction importante, mais leur valeur n'est pas absolue.

Les examens radioscopiques et radiographiques donnent peu de résultats chez les enfants (Bertherand).

Le séro-diagnostic (Arloing et Courmont) ne semble pas pouvoir être utilisé jusqu'à présent.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

ÉTUDE CLINIQUE

De l'arthritisme. Traitement de ses différentes manifestations basé sur l'état de l'acidité de l'urine à jeun. Rôle du phosphore et de ses composés dans la régularisation de cette acidité.

Par le Dr FERNAND CAUTRU,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Je voudrais essayer, dans ce travail, de donner une interprétation nouvelle à certaines manifestations de l'arthritisme et chercher une cause unique aux nombreuses variétés de cette diathèse protéiforme. Me plaçant plus spécialement au point de vue urologique, j'ai remarque qu'à l'encontre des idées généralement admises, les arthritiques sont loin d'être toujours, ou presque toujours des hyperacides, Je pense même que l'hypoacité est la régle. De plus l'hyperacidité dont quelques-uns sont atteints 10 0[0 environ) et qui est due la plupart du temps à des fermentations d'origine digestive, disparaît tôt ou tard, et l'arthritique passe toujours à un moment donné de sa diathése, dans l'hypoacidité. Cette notion, on le comprend, a un grand intérêt pratique, la médication alcaline pouvant rendre de grands services pendant un certain temps à ces malades et devenant tout-à-coup inutile et dangereuse.

J'ai adopté une nouvelle méthode d'analyse d'urine qui donne fréquemment des résultats contradictoires, avec les méthodes couramment employées pour déceler le titre de l'acidité urinaire. Cela tient à ce que je n'opère que sur l'urine émise à jeun, celle qui étant le moins influencée par les produits de la digestion, représente le plus exactement la composition du sang (1), et qu'ensuite je fais jouer un rôle très important à la densité de l'urine, notion trop négligée en urologie et en thérapeutique.

Ce nouveau procédé de dosage est de M. Joulie, pharmacien des hôpitaux en retraite. Il l'a publié à l'Académie des Sciences (séance du 20 décembre 1897) et depuis, plus complètement, dans le *Bulletin Général de Thérapeutique* de mars et avril 1900, auquel je renvoie les lecteurs que cette question intéresse.

Je dirai seulement que M. Joulie rapporte toutes les données urologiques à la différence de densité entre l'urine et l'eau, prises à la même température. D'après lui, ainsi que le pensent plusieurs autres urologistes, tout l'intérêt pratique de l'analyse des urines réside, en effet, dans les rapports que présentent entre eux les différents excrétas solides qu'elles contiennent en dissolution. M. Joulie a été amené à admettre que l'acidité urinaire normale était comprise entre 4 et 5 pour cent de l'excédent de densité de l'urine sur l'eau et que la richesse normale en acide phosphorique devait être comprise entre 11 et 11,5 de ce même excédent.

La diminution ou l'augmentation de ces chiffres donnent lieu aux divisions des malades en hypo ou hyperacides, en hypo ou hyperphosphatiques.

Quelle que soit la façon dont a été (2) et sera jugée cette méthode par les chimistes, je puis affirmer que depuis bientôt trois ans qu'elle me sert de guide pour la thérapeutique des maladies chroniques, je n'ai eu qu'à me louer de ses indications, de même que j'obtiens de la méthode de Winter critiquée par bien des auteurs, de précieux renseignements pour l'interprétation des dyspepsies. M. Bardet, secrétaire général de la Société de thérapeutique et chimiste distingué, juge d'ailleurs que « si la méthode Joulie « a des imperfections, elle est mieux que toute autre « capable de fournir les renseignements les moins erro- « nés; car prendre les urines de 24 heures comme le font « tous les urologistes est une mauvaise méthode; 1° parce « que les périodes digestives masquent la réalité des réac- « tions physiologiques; 2° parce que le titre d'une urine « conservée 24 heures varie singulièrement. La méthode « Joulie a de plus l'avantage de pouvoir être pratiquée en « quelques minutes par le médecin le moins chimiste. »

Quoi qu'il en soit, voyons quels sont les résultats que j'ai obtenus de l'étude de l'acidité urinaire et les conséquences thérapeutiques à en retirer en ce qui concerne certaines manifestations dites arthritiques

1° Sur 68 *dyspeptiques arthritiques* dont j'ai pu faire l'analyse du suc gastrique (méthode Winter) et celle de l'urine à jeun, j'ai rencontré 55 hypoacides urinaires dont 2 alcalins; 8 normaux, (nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de ces chiffres en apparence normaux) et 5 hyperacides.

2° Dans une série de 65 *diabétiques* que M. Joulie a bien voulu me communiquer, il s'en est trouvé 12 seulement hyperacides, 14 normaux et 39 hypo.

Sur 8 diabétiques que j'ai observés personnellement, je n'ai rencontré que 2 hyper et 6 hypoacides.

Nous sommes loin des idées admises jusqu'alors sur l'hyperacidité des diabétiques.

3° J'ai examiné les urines à jeun de 80 *neurasthéniques*, dyspeptiques ou non, mais tous arthritiques héréditaires ou acquis. J'ai rencontré 7 hyperacides urinaires, 65 hypoacides, 3 alcalins, 5 normaux.

4° Il en est de même dans le domaine de la *dermatologie*. Je crois pouvoir affirmer que tous les malades atteints d'affections cutanées chroniques, eczéma, furonculose, pelade, tuberculose cutanée, mycosis, ichthyose, acné, psoriasis, sont des hypoacides urinaires, et des hypophosphatiques.

Sur 30 de ces différentes manifestations cutanées, je n'ai pas rencontré un seul cas d'hyperacidité.

(1) On sait depuis les remarquables travaux de M. Gautrelet que si le sang est de réaction alcaline, il est en réalité de composition acide. Cette acidite est due en grande partie au phosphate acide de soude

(2) Voir compte-rendu de la séance de la *Société de Thérapeutique* du 9 mai 1900.

Digitized by Google

Plusieurs de ces cas s'accompagnaient d'alcalinité des urines et la plupart d'une hypoacidité prononcée n'atteignant pas 2 (au lieu de 4,55).

Et l'on sait quel rôle important joue le bicarbonate de soude dans le traitement des dermatoses !

5° *Les rhumatisants chroniques, les goutteux* sont plus souvent hyperacides dans la première phase de leur affection, pendant que les acides de fermentation d'origine digestive viennent augmenter l'acidité normale ou masquer une hypoacidité légère. Mais, lorsque celle-ci plus tard s'accentue, elle est révélée par l'analyse, malgré les acides de fermentation. Le moment où l'arthritique passe de l'hyper à l'hypoacidité est impossible à connaître sans l'analyse. Le malade s'en aperçoit souvent à ses dépens, la même médication, les symptômes restant les mêmes, cessant tout à coup d'agir et quelquefois devenant nuisible.

Les arthritiques arrivés à la phase cachectique avec sclérose des organes, lésions des artères, myocardite, albuminurie, etc, sont tous hypoacides; un grand nombre ont des urines alcalines.

Reprenons maintenant avec quelques détails l'étude de chacune des catégories d'arthritiques dont je viens de parler.

I. — Acidité urinaire chez les arthritiques dyspeptiques

Sur les 68 malades dont j'ai pu faire faire les analyses du suc gastrique et des urines, il y a 24 hyperchlorhydriques, 34 hypochlorhydriques et 10 apeptiques.

Hyperchlorhydrie. — Sur les 24 hyperchlorhydriques que j'ai rencontrés, j'ai trouvé qur 2 seulement étaient hyperacides, 4 normaux, 15 hypoacides et 3 alcalins.

Les 2 hyperacides sont devenus par le traitement assez rapidement hypoacides, et comme ce traitement n'a consisté qu'en un régime approprié à l'exclusion des alcalins solubles, il est facile de comprendre que leur hyperacidité n'était due qu'à des acides de fermentation d'origine digestive qui cachaient en réalité une hypoacidité plus ou moins intense.

Une de mes malades ayant le 19 avril 1899, 5,53 d'acidité, tombe le 10 juin à 3.53 et le 13 mars 1900 à 2,70.

L'autre tombe du 26 avril au 12 mai de 5,30 à 3,92. Il en est de même de ceux qui ont une acidité en apparence normale, le chiffre indiqué étant, en grande partie dû à des acides de fermentation.

On peut donc dire que, d'une façon générale, tous les hyperchlorhydriques sont des hypoacides.

C'est par excitation locale, soit d'origine centrale, soit d'origine médicamenteuse (bicarbonate de soude) que se produit cette secrétion exagérée d'Hcl.

Or la conséquence forcée de la présence dans l'estomac d'acide chlorhydrique en excès est une suralcalinisation du sang qui recueille la soude provenant du dédoublement du chlorure de sodium ayant servi à fournir l'acide chlorhydrique.

L'acide phosphorique donne dans l'hyperchlorhydrie d'excellents résultats. Il agit sur la *muqueuse stomacale* dont il calme l'excitation, mieux que tout autre acide.

Cette propriété des acides est d'ailleurs connue depuis longtemps et on en a préconisé plusieurs. M. A. Robin, après Coutaret, emploie avec succès l'acide sulfurique, d'autres, l'acide chlorhydrique, l'acide citrique, etc. Je conseille volontiers le cidre aux dyspeptiques; je remarque que la plupart des hyperchlorhydriques le supportent très bien et qu'il améliore leur état gastrique. Or le cidre est une boisson acide et jouissant par conséquent de la propriété des acides, de retarder une sécrétion chlorhydrique exagérée.

Mais aucun de ces acides ne combat directement l'hypoacidité générale comme l'acide phosphorique, quelques-uns même l'augmentent, l'acide malique du cidre, entre autres. Après quelques jours de médication phosphorique, l'état général s'améliore, les fermentations acides disparaissent et on remarque souvent, comme je l'ai dit plus haut, d'abord une baisse de l'acidité urinaire en même temps que le malade se trouve mieux, le taux de l'acidité indiqué par la première analyse étant dû à des acides d'origine digestive.

Chez un de mes malades âgé de 21 ans dont l'acide chlorhydrique libre est, le 20 mars 1899 de 80 (au lieu de 44) l'acidité urinaire est de 3.05 (au lieu de 4.55). Le 24 juin celle-ci est de 1.08 et elle remonte à 2.84 quelque temps après. Depuis la première analyse, le malade a pris de l'acide phosphorique et il se sent meilleur appétit; il est plus solide, ses selles se sont régularisées.

Dans les cas où il n'y a pas fermentations anormales, l'acidité remonte de suite par l'usage du médicament. Un de mes malades, âgé de 42 ans, souffrant de brûlures, d'aigreurs après les repas, d'amaigrissement général avec pertes des forces, ayant 70 d'Hcl. libre, voit l'équilibre parfait de sa santé se rétablir du 13 juillet 1899 au 27 décembre, en même temps que l'acidité s'est élevée de 1.59 à 3.43.

Je puis dire d'ailleurs que, sur les 24 cas traités, je n'ai pas rencontré un seul malade qui n'ait senti de l'amélioration et assez rapidement. J'en observe un en ce moment dont je vais raconter brièvement l'histoire : 46 ans, fils d'arthritiques, il a toujours mal digéré : anorexie, somnolence, après les repas, aigreurs. En 1897. on le tube et on trouve une hyperchlorhydrie accentuée. Je le vois pour la première fois le 6 juillet 1900. Il éprouve depuis longtemps déjà, après les repas, une sensation de spasme pylorique intense, l'estomac se ballonne; il a des insomnies quand il mange de la viande et se sent comme empoisonné — quelquefois même la fièvre survient. A l'examen, je constate une vive douleur au niveau du pylore, il y a du clapotage. Un chirurgien lui conseille une gastro-entérostomie contre ce spasme pylorique.

Son analyse gastrique faite par Winter donne :

Digitized by Google

$$A = 261 - H = 62 - C = 186\ T = 375$$
$$F - 127 - \alpha = 90\ \frac{T}{F} = 2.95$$

Les urines ont une densité de 1026, un rapport d'acidité de 0,52 avec hypophosphatie 9.52 au lieu de 11.17.

Je le mets à l'acide phosphorique, et dès le premier jour le malade voit son spasme disparaître. Depuis, il est arrivé à prendre 100 gouttes d'acide, n'éprouve plus aucun phénomène désagréable et mange de la viande sans inconvénient. Une seule fois, il a senti un commencement de spasme; il avait mangé de la salade et des fruits crus. Il se trouve en état de santé parfaite, s'il s'en tient au régime banal des dyspeptiques, et peut manger de tout: œufs, poissons, légumes en purée, viandes hâchées, fruits cuits, fromages fades, eau comme boisson. Avant l'usage de l'acide, ce régime n'était pas supporté.

Le bon résultat n'est pas toujours aussi rapide, et en tout cas, ce qu'il faut bien savoir, c'est que le traitement doit être longtemps prolongé si l'on veut obtenir un effet durable et voir se rétablir l'équilibre de l'organisme. J'ai des malades qui prennent de l'acide phosphorique depuis deux ans et demi presque sans discontinuer; entre autres une dame de 30 ans, eczémateuse depuis son enfance qui, le 15 février 1898, a un chimisme stomacal de :

$$A = 297 - H = 73 - C = 212 - T = 416$$
$$F = 131 - \alpha = 105$$

et un rapport d'acidité urinaire de 1.77.

Celui-ci est monté depuis le 30 mars à 2.60, le 20 avril à 2 93, en même temps l'eczéma diminue. Elle cesse l'acide en septembre, l'eczéma reparaît; l'acidité est tombée à 0.98. L'acide est repris et n'a pas été cessé; le rapport d'acidité urinaire oscille entre 3 et 4 et l'eczéma a disparu.

Hypochlorhydrie. — Sur les 34 hypochlorhydriques dont j'ai pu faire concurremment les analyses du suc gastrique et des urines, j'ai rencontré 28 hypoacides urinaires, 2 hyper et 4 normaux. Sur les dix apeptiques, un seul est normal; les 9 autres hypoacides.

L'acide phosphorique m'a donné chez presque tous ces malades, comme chez les hyperchlorhydriques de bons résultats; mais il est quelquefois moins bien supporté à cause de la gastrite qui existe dans la plupart des cas.

Chez les apeptiques atteints de diarrhée, celle-ci augmente quelquefois et il faut donner le médicament, au début, à des doses infinitésimales.

Chez quelques hypopeptiques, j'ai dû y renoncer à cause des brûlures d'estomac qu'il occasionnait. Quand cependant celles-ci ne surviennent que quelques heures après les repas, on peut les prévenir; on les fait disparaître par l'emploi du carbonate de chaux. Quand il est impossible d'employer l'acide phosphorique on peut faire remonter l'acidité urinaire à l'aide de piqûres d'huile phosphorée ou de phosphate de soude.

L'acide phosphorique n'agit pas sur la muqueuse des hypopeptiques comme sur celle des hyperchlorhydriques. Chez ces derniers nous avons vu qu'il agissait par action de présence en outre de son action générale, commune aux deux cas d'ailleurs.

Chez les hypochlorhydriques, lorsqu'il est pris en mangeant, il facilite la digestion gastrique en décomposant les chlorures des aliments en Hcl libre et en soude qui passe dans le sang à l'état de phosphate acide de soude, l'excès d'acide phosphorique se combinant avec la soude laissée libre. En activant la digestion, il empêche comme dans l'autre cas, les fermentations acides anormales de se produire. C'est ainsi que chez une de mes malades, apeptique, l'acidité, de 2.44, tombe à 1.25 après 10 jours de traitement pour remonter alors ensuite à 3.36, 11 jours après, en même temps que les phénomènes gastriques s'améliorent.

L'amélioration de l'état gastrique comme celle de l'état général sont quelquefois longues à se produire; en tout cas, il faut continuer des mois et des années pour obtenir un résultat durable. Une de mes apeptiques, ($A = 94 - H = 0 - C = 106\ T = 248\ F = 142 - \alpha = 88$) ayant le 12 avril 1899 une acidité de 4.32 due à des acides de fermentation, tombe à 0 le 13 juin. Ce n'est que le 13 mai 1900 que l'acidité est à 4.53, c'est-à-dire normale. En même temps la malade digère tout, a augmenté de 12 livres et se sent très forte, tandis qu'il lui était impossible au début de faire le moindre travail physique ni intellectuel.

Chez une autre, dyspeptique neurasthénique et ayant de l'entérite muco-membraneuse dont le chimisme stomacal est : $A = 106 - H = 0 - C = 142 - T = 277\ F = 135$. $\alpha = 74 - \frac{T}{F} = 2.05$, le rapport de l'acidité à la densité est de 3.69 le 10 octobre 1899. L'acide le fait monter à 4.55 le 23; à 6.13 le 18 novembre, et enfin on constate le 29 une acidité normale de 4.60. La plupart des phénomènes neurasthéniques ont disparu et les digestions se sont améliorées.

J'ai remarqué que chez les malades qui prennent longtemps de l'acide phosphorique, le poids se régularise et aussi la densité. C'est ainsi que les obèses diminuent de volume sans quelquefois diminuer de poids. Il semble que le tissu musculaire remplace le tissu graisseux. D'ailleurs, la plupart des obèses sont des dyspeptiques avec fermentation et qui ont commencé par être hyperacides. Cette hyperacidité a diminué les oxydations en ralentissant la circulation; les graisses alimentaires n'ont plus été suffisamment brûlées et se sont accumulées dans les tissus. L'hyperacidité a porté atteinte en même temps aux fonctions du foie dont l'une, très importante, est la transformation en urée, du carbonate d'ammoniaque provenant de la désassimilation des matières azotées. Le carbonate d'ammoniaque persistant alors dans le sang détermine l'hypoacidité générale, active la circulation et les oxydations, d'où amaigrissement secondaire. L'acide phosphorique en rétablissant l'équilibre, fait disparaître la graisse inutile des obèses; en empêchant les fermentations il prévient l'obésité.

Digitized by Google

II. ACIDITÉ URINAIRE CHEZ LES NEURASTHÉNIQUES ARTHRITIQUES

Dans ses intéressantes recherches sur l'urologie de la neurasthénie, M. Gautrelet conclut que la dyscrasie acide caractérisée par une hyperacidité urinaire très prononcée, est la règle et que l'urine reflétant la composition du sang, celui-ci a une acidité exagérée. Cette idée de la dyscrasie acide a été partagée depuis par tous les auteurs qui se sont occupés de la question. Il en est résulté un traitement de la neurasthénie par les alcalins, à plus ou moins haute dose, traitement qui est loin d'avoir donné les résultats qu'on attendait de lui, et qui même a été cause de tels mécomptes qu'il est, par un grand nombre de praticiens, abandonné aujourd'hui.

C'est qu'il y a ici, à mon avis, un défaut d'interprétation. L'urine des arthritiques neurasthéniques recueillie pendant les 24 heures est certainement, dans presque tous les cas, hyperacide; et c'est précisément sur cette quantité d'urine qu'a opéré M. Gautrelet. Il a soin même de faire remarquer que ses neurasthéniques étaient atteints d'une maladie tenace ayant résisté à tous les traitements. La plupart, ajoute-t-il, étaient dyspeptiques.

Or, nous avons vu ce qu'il faut penser de l'urine des 24 heures, surtout chez les dyspeptiques qui ont presque tous des fermentations digestives.

Quand on opère sur l'urine émise à jeun, on constate le plus souvent qu'elle est hypoacide.

L'hypoacidité est même dans un grand nombre de cas, comme je l'ai dit en parlant des dyspeptiques, représentée par un chiffre supérieur à ce qu'elle est en réalité. En effet, j'ai remarqué maintes fois l'abaissement de ce chiffre, après quelques jours de traitement de la dyspepsie par le massage ou tout autre procédé, en même temps que s'était produite une amélioration notable dans l'état gastrique et général du malade.

Cette hypoacidité qui existe chez les malades n'ayant pas été soignés par le bicarbonate de soude, est plus marqué encore et beaucoup plus tenace chez ceux qui ont usé et abusé de ce médicament.

J'ai déjà dit qu'il suffit d'un régime approprié de l'emploi pendant la digestion de sels alcalins insolubles pour révéler chez les hyperacides et les normaux une hypoacidité plus ou moins prononcée. L'usage du bi-carbonate de soude donné indifféremment chez les neurasthéniques arthritiques ou non, pourra en neutralisant les acides, arriver au même résultat et calmer aussi dans une certaine mesure les troubles dyspeptiques, pyrosis, brûlures, etc.; mais l'excès de soude non utilisé et passant dans le sang, en augmentera encore l'alcalinisé et entretiendra ainsi un état cachectique qui ne fera qu'augmenter à la longue les phénomènes d'épuisement nerveux. C'est ce que d'ailleurs la pratique des malades et leur étude suivie a démontré depuis longtemps.

L'excès de bicarbonate de soude qui n'a pas été utilisé pour calmer l'hyperchlorhydrie ou neutraliser les fermentations acides a non seulement l'inconvénient d'alcaliniser le sang, comme je viens de le dire, mais aussi d'être un excitant de la muqueuse gastrique et d'entretenir l'hyperchlorhydrie, celle-ci, si elle ne l'est pas déjà, devenant à son tour cause d'une neurasthénie secondaire et établissant un cercle vicieux dont il est difficile au malade de sortir.

J'ai relevé depuis deux ans le nombre des neurasthéniques que j'analyse et que je soigne d'après le système de M. Joulie et ils sont au nombre de 80. Sur ce nombre, il en est 38 dont j'ai pu faire faire en même temps l'analyse du suc gastrique et l'analyse des urines : 12 sont hyperchlorhydriques, 26 sont hypochlorhydriques ou apeptiques.

Sur les *12 hyperchlorhydriques*, un seul était hyperacide urinaire, 2 étaient alcalins, 7 hypo et 2 normaux. Le nombre des autres neurasthéniques dont la plupart étaient d'ailleurs atteints de troubles dyspeptiques plus ou moins prononcés et dont je n'ai pas fait l'analyse gastrique s'élève à 42. Et il se décompose ainsi :

28 hypoacides, 5 hyper, 7 normaux et 2 alcalins.

La neurasthénie de cause morale (ennuis, chagrins) amène rapidement une hypoacidité prononcée. Les deux malades entre autres dont l'urine était alcaline, avaient toutes les apparences physiques d'une bonne santé, mais étaient d'un nervosisme exagéré : crises de larmes, palpitations, insommies, spasmes, casque, aboulie... etc. Leur neurasthénie avait pour cause de grands chagrins. L'usage de l'acide phosphorique fit remonter l'acidité, chez l'une de 0 à 2,34 du 18 décembre 1899 au 16 février 1900; chez l'autre en dix jours de 0 à 1 59 en même temps que leurs phénomènes s'amélioraient.

Dans la neurasthénie essentielle, l'acide agit directement sur la composition du sang et remplace l'acide phosphorique que les nerveux dépensent avec une grande prodigalité. Sous son influence, la circulation trop rapide chez les hypoacides (Tachycardie des neurasthéniques) se ralentit, les oxydations diminuant, la nutrition se relève et la phosphaturie disparait. Le système nerveux mieux nourri reprend ses fonctions normales.

Dans la neurasthénie secondaire à la dyspepsie ou coïncidant avec elle, l'acide agit à la façon que nous avons décrite en parlant des dyspepsies. Il facilite la digestion et l'excès agit sur le sang comme dans le cas précédent.

Chez certains neurasthéniques graves, les piqûres d'huile phosphorée à la dose de 1 à 4 milligrammes de phosphore par jour, par périodes de 5 jours (Méthode du Dr Roussel) donnent d'excellents résultats ainsi que les piqûres de phosphate de soude qui combattent heureusement la phosphaturie.

III. — ACIDITÉ URINAIRE CHEZ LES GLYCOSURIQUES ARTHRITIQUES.

J'ai dit plus haut que sur 73 diabétiques, il s'en était trouvé 45 hypoacides, 14 hyperacides et 14 ayant une acidité en apparence normale.

Digitized by Google

Chez la plupart des hyperacides que j'ai pu suivre, l'excès d'acidité n'a pas tardé par le traitement purement gastrique, a faire place à une hypoacidité quelquefois très prononcée.

Un de mes malades est tombé de 7,79 à 1,91. La phosphaturie avait en même temps fait place à une hypophosphatie accentuée.

L'acide phosphorique fit remonter le rapport de l'acidité à 5,10 le 1er mars. Le 11 mars, il n'y avait plus de trace de sucre.

L'acide phosphorique que l'on peut employer dans les cas de diabètes à des doses énormes (100 à 120 gouttes par jour d'acide phosphorique officinal) fait dans la plupart des cas baisser et souvent disparaître le sucre des urines.

Un malade opéré d'un phlegmon profond de la marge de l'anus depuis plus d'un mois sans que la cicatrisation eût tendance à se faire me consulta le 29 décembre 1899.

L'analyse des urines donnait :

Densité. 10 28 ; rapport de l'acidité, 3,83 ; rapport du sucre à la densité, 53,58.

Le 6 février 1900 :

Densité, 10 15 ; rapport de l'acidité, 4,41 ; rapport du sucre à la densité, 9,48.

Le malade avait pris chaque jour 20 gouttes d'acide et 5 grammes de phosphate de soude, la cicatrisation s'était faite très rapidement et comme on le voit, le sucre avait presque disparu.

Depuis cette époque jusqu'aujourd'hui, M. V... prend 50 gouttes d'acide par jour. Il n'y a jamais eu trace de sucre depuis le 20 février et le malade jouit d'une santé parfaite.

Chez un jeune homme de 25 ans, je vis tomber le sucre de 30,53 à 10,29 du 19 avril au 13 mai 1900 pendant que l'acidité montait de 1,86 à 2,13 et que la phosphaturie s'abaissait de 14,66 à 12,74.

J'ai obtenu un grand nombre de guérisons par ce mode de traitement, mais je dois dire aussi que dans quelques cas, il y a eu insuccès complet sans que j'aie remarqué d'ailleurs aucun accident dû au traitement.

Chez un malade âgé de 65 ans, diabétique, albuminurique, l'acide fit un peu diminuer le sucre (90 au lieu de 110 70 du 10 février au 14 mars 1900) mais l'albumine augmenta légèrement. Une plaie suppurante de la main consécutive à un phlegmon et qui depuis plus de trois mois ne pouvait guérir, disparut en très peu de temps. J'ai revu le malade ces jours derniers. L'état général n'est pas mauvais, mais les proportions de sucre et d'albumine restent les mêmes et l'acide phosphorique ne peut être supporté. Il donne de suite des troubles oculaires (dus probablement à l'augmentation momentanée de l'albumine). Il s'agit là d'un cas de diabète grave. le malade est artério-scléreux et je pense qu'aucun traitement ne pourrait réussir.

Dans les cas de glycosurie intermittente des arthritiques, on sait le rôle puissant que jouent le système nerveux et les émotions pénibles. Or, j'ai toujours remarqué que celles ci font baisser l'acidité momentanément d'abord, puis d'une façon continue si elles se prolongent. Alors le sujet se trouve prédisposé à une des manifestations de la diathèse hypoacide, le diabète entre autres.

Les diabètes avec hyperacidité seraient d'origine digestive.

IV. — Acidité urinaire dans le rhumatisme chronique la goutte, la polyarthrite déformante progressive.

Comme je l'ai dit plus haut, les vieux rhumatisants chroniques sont presque tous des hypoacides et des hypophosphatiques. Parmi les jeunes, au contraire, chez les goutteux en particulier, l'hyperacidité est fréquente. Sur douze malades de cette catégorie que j'ai eu l'occasion de voir, six étaient hypoacides, quatre hyper et deux normaux.

Je ne puis pas dans une communication de ce genre m'étendre longuement sur ce vaste chapitre des rhumatismes chroniques.

Je ne veux ici qu'attirer l'attention sur la fréquence relative de l'hypoacidité chez des malades réputés jusqu'alors hyperacides. Même ceux qui commencent par l'être, deviennent hypoacides tôt ou tard et la médication doit changer.

On pourrait distinguer d'ailleurs deux sortes de rhumatismes chroniques : celui des hypoacides avec dépôt au niveau des articulations, des muscles, des reins... etc. de phosphates de magnésie et de chaux devenus insolubles, celui des hyperacides (dont le type est le goutteux) avec dépôt d'urates de soude et de potasse.

Les premiers sont tributaires de la médication phosphorique, les seconds dans la phase hyperacide de leur maladie, de la médication alcaline.

Dans la phase hypoacide de la goutte, il faut être prudent dans le maniement de l'acide phosphorique. Il échoue quelquefois, et dans certains cas, j'ai vu survenir des poussées de rhumatisme et de goutte, l'acidité de l'urine ne donnant cependant pas un chiffre supérieur à la normale. Ceci tient en partie au mauvais état des reins dont la fonction dyalisante se trouve altérée et à ce que, quoique hypoacides, certains goutteux peuvent avoir des manifestations uratiques par poussées.

Je vais en terminant dire quelques mots d'une affection rattachée à l'arthritisme par ses manifestations articulaires, et au groupe des névrites par son évolution fatale désespérante, terriblement douloureuse. Charcot l'a appelée la *polyarthrite déformante progressive*. Il en fait une trophonévrose dont les manifestations principales atteignent les systèmes nerveux, musculaire et osseux. On constate l'atrophie et la dégénérescence des muscles en masse ; les cartilages articulaires disparaissent, l'os se raréfie, les épiphyses s'effrittent, sont résorbées et disparaissent en laissant des déformations des membres en griffe ou en Z.

N'ayant pu faire l'analyse d'urine à jeun que d'un seul de ces cas là et l'ayant trouvé hypoacide et hypophospha-

Digitized by Google

tique, j'ai prié mon confrère et ami le Dr Thiroux, médecin inspecteur des Eaux et Boues de St-Amand de rechercher les polyarthritiques parmi les nombreux rhumatisants qu'il voit, et de s'intéresser à la question. Il l'a fait avec beaucoup de soin et a vite remarqué les heureux effets de la médication phosphorique.

Sur 25 malades, il a trouvé 25 hypoacides ; tous étaient également hypophosphatiques, dyspeptiques, et plus ou moins neurasthéniques par épuisement nerveux.

Dans les antécédents de ces malades, il a souvent retrouvé un état dyspeptique et nerveux primitif, et il fait jouer à ces états le même rôle que je leur ai attribué dans le cours de ce travail : dyspepsie, digestion insuffisante des aliments phosphatés, hypoacidité sanguine par déperdition nerveuse et par non assimilation, résorption des tissus musculaires, articulaires, osseux... etc, et accumulation des phosphates de chaux et de magnésie formant les tophus.

L'usage de l'acide phosphorique et du phosphate de soude ont donné au Dr Thiroux de bons résultats combinés à l'usage des eaux et boues sulfureuses, dont l'action efficace de désintoxication de l'organisme par l'élimination des toxines vient compléter l'action reconstituante de la médication phosphorique.

La plupart des rhumatisants chroniques et des goutteux ont une densité exagérée des urines, ce qui favorise singulièrement le dépôt des urates acides, dans les organes d'abord, faute de dissolvant pour les faire passer dans les reins, et dans l'appareil rénal ensuite, d'où la gravelle.

Cette notion de la densité urinaire à jeun est des plus importantes, car c'est pendant la nuit que les urines se concentrent et forment des dépôts qui encombrent l'appareil rénal.

V. Acidité urinaire dans les dermatoses des arthritiques.

Comme je le disais dans l'exposé de ce travail, je n'ai pu encore rencontrer un seul cas d'affection cutanée chronique avec hyperacidité. Il y en a peut-être, mais ils sont rares.

Les brûlures, les pyrosis, les autres symptômes gastriques dus souvent à l'hyperchlorhydrie étant calmés par l'usage du bicarbonate de soude, les médecins l'ordonnent, trompés souvent d'ailleurs par une analyse erronée (j'ai expliqué comment) et les malades en abusent. C'est là une des causes de leur hypoacidité.

J'ai relevé plusieurs cas d'eczéma chronique avec urines alcalines s'améliorant rapidement par l'usage de l'acide phosphorique.

Une de mes malades, âgée de 32 ans, ayant de l'eczéma depuis sa naissance était soignée depuis plusieurs semaines par le bicarbonate de soude à la dose de 2 à 5 grammes par jour. Elle était d'ailleurs hyperchlorhydrique. L'amélioration ne venant pas, les forces générales s'affaiblissant, j'examinai les urines à jeun, que je trouvais alcalines. L'usage de l'acide phosphorique continué depuis deux ans a amené une amélioration progressive dans la santé générale et cutanée de la malade. L'albuminurie intermittente et transitoire dont cette malade était atteinte a disparu ainsi que la lombalgie. (Il est probable que dans ces cas là, ainsi que dans la plupart des albuminuries d'origine dyspepsique, l'albuminurie est due à des décharges intermittentes au niveau des reins, non encore lésés, de phosphates insolubles, décharges qui ne se produisent plus dès que le sang a recouvré son acidité normale.)

Chez huit autres eczémateux le rapport d'acidité oscillait entre 0,80 et 3 (au lieu de 4,55).

Dans la furonculose, même observation. Jamais je n'ai rencontré un vrai hyperacide. A ce sujet, je pense après avoir remarqué combien est fréquente le furonculose à la suite de surmenage, d'émotions, de chagrins, d'un séjour dans les pays chauds, etc., c'est-à dire à la suite de causes qui engendrent toujours l'hypoacidité, que l'on peut en admettre la pathogénie suivante : hypoacidité sanguine, dépôt dans les capillaires de la peau, de phosphates devenus insolubles, et évolution staphylococcique sur un terrain congestionné. S'il n'y a pas de staphylocoques partout où se présente le corps étranger, on voit en même temps que des furoncles, se produire de petites mucosités, rouges, douloureuses souvent surmontées quelques heures après leur apparition, d'une vésicule due à l'exsudation de sérum sanguin à travers le capillaire oblitéré. Cette pathogénie concilierait les théories digestives (les dyspeptiques étant le plus souvent hypoacides), sanguine et cutanée, de la furonculose. Ce serait en somme, au même titre que l'érythème noueux, le rhumatisme de la peau. Et certaines affections cutanées mal définies, vésiculeuses ou simplement erythémateuses, si fréquents chez les enfants affaiblis par la dentition ou débiles par hérédité arthritique, n'auraient pas d'autre origine.

La coïncidence si fréquente des furoncles et des anthrax avec le diabète prouve simplement que la cause est la même, l'hypoacidité.

J'ai fait recueillir à l'hôpital St-Louis, parmi des malades n'ayant pas encore pris de bicarbonate de soude, les urines de psoriasiques, péladeux, lupiques, ichthyosiques, mycosiques; tous étaient hypoacides et hypophosphatiques. Un malade atteint d'une éruption due à l'application de Vigo avait des urines alcalines.

Me proposant de reprendre et de développer chacune des parties de ce travail déjà long vu les limites assignées aux communications du Congrès, je me hâte de poser quelques conclusions :

1° L'arthritisme s'accompagne le plus souvent d'hypoacidité. Celle-ci est due, soit à une trop grande dépense d'acide phosphorique (origine nerveuse), soit à une insuffisance d'assimilation de phosphates acides (mauvaise alimentation ou mauvais travail digestif), soit à un fonctionnement défectueux du foie.

2° La conséquence est une alcalinisation exagérée du sang qui renferme alors des phosphates de chaux et de

Digitized by Google

magnésie insolubles. Ceux-ci s'éliminent, produisant la phosphaturie. Ils peuvent également se déposer dans différents organes et donner lieu, suivant le siège, à une des manifestations si diverses de l'arthritisme.

3° Le remède doit s'appliquer aux causes (nerveuse, digestive, hépatique) et à l'effet produit. L'acide phosphorique et les phosphates acides sont seuls capables de remonter l'acidité générale diminuée. On doit les employer à des doses plus élevées que celles qui ont été prescrites jusqu'alors, et souvent pendant longtemps, lorsqu'il s'agit de modifier un organisme héréditairement et souvent congénitalement hypoacide.

Les doses d'acide peuvent varier de 2 à 10 grammes par jour, d'acide phosphorique officinal (à 36, 4 0|0 en poids). Seuls, certains malades ayant de l'hyperesthésie de la muqueuse buccale avec ou sans gingivite ou de la muqueuse stomacale avec ou sans gastrite supportent difficilement ce médicament.

Son action est à surveiller : chez les malades atteints de sclérose hépatique et rénale (il peut en effet donner la diarrhée ou augmenter l'albuminurie), chez certains rhumatisants, chez les goutteux, qui quoique hypoacides par l'analyse peuvent dans certains cas, rares d'ailleurs, avoir le sang relativement surchargé d'urates acides et être exposés à un accès, de par la médication acide.

4° Dans l'hypoacidité d'origine hépatique le bicarbonate de soude à dose excitante peut donner de bons résultats, mais il faudra se garder de le donner à doses alcalinisantes qui doivent être réservées aux hyperacides seuls.

5° L'hyperacidité constitutionnelle ou essentielle est plus rare qu'on ne le croit, les analyses de 24 heures étant souvent faussées par la présence d'acides de fermentation d'origine digestive. De plus les arthritiques hyperacides passent à un moment donné de leur diathèse à l'hypoacidité, notion importante au point de vue thérapeutique.

6° Je me sers pour la détermination de l'acidité, de la méthode de M. Joulie, méthode qui consiste à n'opérer que sur l'urine du matin, émise à jeun, et à rapporter l'acidité, déterminée à l'aide d'une solution de sucrate de chaux, à l'excès de densité de l'urine sur la densité de l'eau. Ce n'est pas, en effet, l'acidité du litre d'urine qu'il importe de connaître, la proportion d'eau des urines étant éminemment variable, mais bien la proportion d'acide contenue dans la matière sèche de l'urine, la masse des déchets organiques qui s'éliminent par cette voie, dans un temps donné étant à peu près constant pour le même individu (1).

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Lavement antithermique pour enfants :

Antipyrine	1 gramme
Bromhydrate de quinine	0 gr. 40
Eau de tilleul tiède	150 grammes

A donner en une fois.

Lavement alimentaire :

Glycérophosphate de soude	2 grammes
Teinture de kola	10 —
Jaune d'œufs	n° 2
Peptone	30 —
Malaga	50 —
Lait	350 —
Laudanum	V gouttes

Poudre antiseptique *(Plaies et ulcères fétides)* :

Sous-nitrate de bismuth	30 grammes
Goudron de bois	1 gr. 50

Mêlez et tamisez.

Pommade contre le psoriasis rebelle :

Acide salicylique	3 grammes
— pyrogallique	6 —
Ichthyol	12 —
Lanoline	50 —
Vaseline	50 —

Traitement de la coqueluche par le phénocolle. — Le phénocolle est une combinaison de phénétidine et de glycocolle. Il a été présenté (Schmidt) comme l'antipyrétique le moins toxique en même temps que très soluble.

Ostrowski (Wratch. 1899, n° 39) recommande ce médicament dans le traitement de la coqueluche. Selon cet auteur, ce remède, sans avoir de vertus spécifiques, diminue cependant l'intensité et la durée des quintes, en réduit le nombre. De plus, c'est un médicament qui est bien supporté même par les tout petits enfants. Il recommande pour les enfants de moins d'un an une solution d'azotate de phénocolle à 1 %. Pour les enfants de plus de trois ans on peut concentrer la solution jusqu'à 3 %.

Chlorhydrate de phénocolle	0 gr. 5.1 gr. 3 gr.
Décoction de guimauve	90 grammes
Sirop de cerises	10 —

M. s. a. Toutes les 1/2 heures une cuillerée à thé.

Contre l'impétigo :

Acide salicylique	2 grammes
Oxyde de zinc }	aa 10 —
Amidon }	
Vaseline	50 —

Associations médicamenteuses de l'huile de foie de morue. — Voici, d'après le formulaire de la Société des pharmaciens du Loiret, quelques formules d'association médicamenteuse de l'huile de foie de morue.

I. *Huile de foie de morue gaïacolée :*

Gaïacol cristallisé	100 grammes
Huile de foie de morue blonde	990 —

II. *Huile de foie de morue iodée :*

Iode bisublimé	1 gramme
Iodure de sodium	0 gr. 25
Glycérine pure	XI gouttes
Huile de foie de morue blonde	1 litre

Filtrez.

III. *Huile de foie de morue phéniquée :*

Acide phénique chimiquement pur	3 gr. 50
Huile de foie de morue blonde	996 gr. 50

Une cuillerée à bouche renferme sensiblement 0 gr. 05 d'acide phénique pur. — A. G.

(1) XIII° Congrès international de médecine.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

NEUROLOGIE

Le diagnostic de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique.

L'étude anatomique détaillée, d'une part, et l'analyse des conditions pathogéniques et des symptômes cliniques de l'autre, nous permettent de distinguer deux groupes d'hémiplégies : l'hémiplégie organique et l'hémiplégie hystérique, et d'établir les bases pour le diagnostic différentiel de ces deux formes.

Cependant, il y a des hémiplégies dont la nature n'est pas encore suffisamment élucidée, par exemple l'hémiplégie dans la migraine, dans certaines intoxications. En outre, certains symptômes de l'hémiplégie organique peuvent manifester des changements dans leur intensité, même sous l'action d'une influence psychique, sans être pour cela de nature hystérique.

Les données fournies par l'*examen anatomique* seul ne suffisent pas pour délimiter le domaine des hémiplégies organiques.

Il y a une quantité d'hémiplégies qui au point de vue clinique se rangent parmi les hémiplégies organiques, malgré l'absence des lésions appréciables à l'autopsie. La majorité des facteurs étiologiques de l'hémiplégie organique, agissant avec une intensité moins prononcée, peuvent produire dans le cerveau une *altération en foyer*, soi-disant *fonctionnelle*, suivie d'hémiplégie. Ces « hémiplégies fonctionnelles » n'ont rien à faire avec l'hystérie et ne peuvent être séparées des hémiplégies organiques.

On peut ainsi avoir affaire à des hémiplégiques chez lesquels il est *a priori* impossible de déterminer le rôle appartenant à l'hystérie, à une lésion anatomique du cerveau ou à une altération fonctionnelle en foyer.

Dans la grande majorité des cas, seul l'*ensemble des symptômes*, intimement liés à l'hémiplégie (1), et le mode de son évolution caractérisent parfaitement l'hémiplégie organique et l'hémiplégie hystérique.

Parmi les symptômes les plus caractéristiques de l'hémiplégie organique, il faut noter :

A. — Le groupe des symptômes constituant le syndrome d'APOPLEXIE, qui ne saurait être simulée par l' « apoplexie hystérique » que dans les cas tout à fait exceptionnels.

B. — Les symptômes de foyer.

I. — L'APHASIE dans toutes ses formes.

Il n'est pas pas difficile de la distinguer du mutisme hystérique.

(1) Symptômes intrinsèques de Babinski.

II. — L'hypotonicité musculaire et la paralysie.

1. DÉVIATION CONJUGUÉE DES YEUX.

L'amplitude des mouvements des yeux vers le côté paralysé reste souvent diminuée pour longtemps. Parfois cette diminution ne se manifeste que dans les mouvements volontaires, tandis qu'elle n'apparaît pas dans les mouvements réflexes, inconscients, ou même si le malade suit avec les yeux un objet qui se meut dans les directions latérales.

2. *Paralysie faciale* : LE MALADE « FUME LA PIPE »; LE FACIAL SUPÉRIEUR est souvent atteint.

La paralysie faciale peut être « systematique » et ne se montrer que dans les mouvements mimiques. Dans l'hémiplégie hystérique, la paralysie faciale est excessivement rare : ce qu'on voit d'habitude, c'est une pseudo-paralysie, une hypotonie qui s'associe à une hypertonie avec secousses caractéristiques des muscles de la face du côté opposé.

3. La *déviation parétique de la langue* et la DYSARTHRIE TYPIQUE en rapport avec le degré de paralysie de cet organe.

Dans l'hystérie, la déviation de la langue se présente sous des formes variées et capricieuses bien connues (hémispasme, parésie systématique, déviation au côté opposé, etc.)

4. *L'intensité relative de la paralysie des membres* et des groupes musculaires d'un membre est d'habitude typique.

D'où les attitudes caractéristiques, LA DÉMARCHE (en fauchant au lieu de la démarche de Todd des hystériques).

5. Les *mouvements* involontaires *associés* des extrémités paralysées.

6. L'*évolution* de la paralysie dans les cas sans ictus présente ordinairement des particularités caractéristiques.

7. La *diminution* des troubles paralytiques se fait d'une manière régulière : quel que soit le degré maximum de la paralysie établie à la suite d'une apoplexie, elle subit bientôt une période de diminution d'intensité.

III. — Les *contractures* sont caractéristiques dans leur forme et évolution.

IV. — *L'exagération des réflexes tendineux et osseux* (TRÉPIDATION DE LA ROTULE, DU PIED ET DE LA MAIN), marchent de pair avec l'*hypertonie musculaire*.

La trépidation reflexe du pied peut se montrer à titre d'exception dans l'hémiplégie hystérique.

V. — Les *réflexes superficiels* ont une valeur moindre, à l'exception du *phénomène des orteils* de M. Babinski. Cependant, la réflexe d'extension du grand orteil se voit exceptionnellement dans l'hystérie.

Digitized by Google

L'absence du reflexe abdominal et crémastérien du côté de la paralysie seule au début de l'hémiplégie doit être prise en considération.

VI. — L'*hémianopsie* est moins accusée que la paralysie, le degré de l'anesthésie n'est pas nécessairement le même sur toute la moitié du corps, mais il n'y a pas de transitions brusques et des dispositions segmentaires (lignes d'amputations) et capricieuses qui se voient dans l'hystérie. Prédominance parfois de la diminution du sens stéréognostique.

VII. — 1. L'HÉMIANOPSIE.

2. *Absence d'altérations manifestes des autres sens supérieurs.*

VIII. — L'ÉTAT PSYCHIQUE.

IX. — *Troubles circulatoires, thermiques.*

X. — DECUBITUS ACUTUS.

Dans l'hémiplégie produite par une lésion de l'isthme de l'encéphale du bulbe ou de la moelle, les symptômes de foyer sont typiques.

L'hystérie cherche quelquefois à imiter ces symptômes, mais elle le fait d'une manière très imparfaite.

A priori, on ne saurait admettre la pathognomonicité d'un symptôme quelconque, cependant l'existence dans un seul de ceux qui sont imprimés en gros caractères assure le diagnostic d'une hémiplégie organique, si rien n'oblige à admettre une association de l'hystérie avec l'affection organique.

La *genèse*, l'*étiologie* vraie de l'hémiplégie n'est pas toujours celle qui paraît être la plus vraisemblable.

Le terrain sur lequel la maladie prend naissance, les conditions dans lesquelles elle apparaît, doivent pour cette raison être pris en considération seulement en deuxième lieu.

Cependant, l'étude approfondie et détaillée de ces données peut avoir une grande valeur pour le diagnostic, si les symptômes seuls ne suffisent pas pour l'établir.

On pourra tirer des arguments en faveur d'une hémiplégie organique de l'âge, du sexe, de la nationalité du malade, de son genre de vie, de son état général, de l'état de ses organes (cœur, vaisseau, reins), etc. Il ne faut pas oublier le rôle du paludisme, du typhus et autres maladies infectieuses, de la pneumonie, de la pleurésie, des maladies du système nerveux (sclérose en plaques, tumeurs), de la syphilis, du diabète, des intoxications, etc. L'examen ophtalmoscopique est de rigueur.

Les circonstances d'apparition d'une hémiplégie permettront souvent d'exclure la possibilité de l'influence d'une auto-suggestion, d'un agent provocateur de l'hystérie (occupation tranquille, sommeil profond, etc.) ou bien plaident plutôt en faveur d'une hémorragie (grands efforts musculaires, bains chauds ou froids, défécation, coït, etc) D'autres facteurs sont de nature équivoque (émotions violentes, chute etc) et n'ont aucune valeur décisive dans l'appréciation des cas douteux.

L'évolution d'une hémiplégie (par exemple par anémie passagère circonscrite du cerveau chez des athéromateux) peut agir comme choc moral et provoquer des symptômes appartenant à l'hystérie (abasie, hémianesthésie, etc.).

La maladie organique pourrait ainsi être par erreur mise hors de cause. Comme règle générale, il faut rechercher dans tous les cas présentant des symptômes indubitables de l'hystérie si elle ne masque pas une lésion organique, qui est la cause réelle de l'hémiplégie.

Les hémiplégies passagères sont très souvent à tort prises pour des hémiplégies hystériques. Leur guérison peut même coïncider avec une manœuvre suggestive quelconque et néanmoins ces paralysies sont souvent de nature organique, et une recherche minutieuse découvre, soit une sclérose en plaques, le début d'une paralysie générale, une néphrite interstitielle, etc

Toutes les causes organiques des hémiplégies passagères ne sont pas connues; d'autre part, dans les hémiplégies organiques en général, il n'est pas toujours possible de découvrir la cause des accidents, c'est pourquoi il n'est pas permis de diagnostiquer une hémiplégie hystérique « par exclusion » dans un cas d'hémiplégie légère, passagère ou avec des symptômes peu caractéristiques. S'il n'y a pas des données positives en faveur de l'hystérie, on pourrait même prendre en considération le siège de l'hémiplégie du côté gauche, des douleurs dans quelque partie de l'appareil locomoteur de ce côté, accompagnées d une anesthésie cutanée, qui est exceptionnelle dans des hémiplégies organiques légères. Il sera plus juste de penser à une hémiplégie organique. — W. ROTH, *professeur à l'Université impériale de Moscou.*

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Incompatibilité du phosphore et de l'arsenic en thérapeutique.

L'année dernière, j'ai étudié l'action curative de différentes combinaisons de créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Ces travaux ont abouti à la thèse de mon interne, le docteur Lorot, où on les trouvera.

Dans le cours de ces recherches, j'ai été amené à constater des accidents de polynévrite des membres inférieurs et supérieurs que je crois utile de signaler à l'attention des médecins tant pour en rechercher la cause que pour en éviter le retour.

Quand on administre chaque jour à un tuberculeux peu avancé trois grammes de phosphate de créosote, on ne tarde pas à voir se produire une amélioration considérable dans son état général et dans celui de ses poumons, au point de faire croire à une guérison complète.

Si la diathèse tuberculeuse est plus avancée, l'amélioration ne s'en produit pas moins, mais elle ne va pas aussi loin.

Digitized by Google

Mais chez certains malades, pas chez tous après un temps variable, six semaines à deux mois, moins long si la dose quotidienne a été plus élevée (4 gr.), on voit survenir des inquiétudes et des douleurs dans les jambes et dans les pieds. Cette douleur se révèle à la pression. Elle est surtout remarquable et précoce, si on presse avec le doigt sur le mollet au niveau de l'anneau du soléaire. Bientôt se manifeste dans les jambes une douleur qui s'accentue et qui s'accompagne d'une impotence qui rend la marche difficile et même impossible sans l'aide d'une personne ou d'un bâton. Le malade oscille en marchant et menace constamment de perdre l'équilibre.

Des manifestations semblables surviennent en même temps ou un peu plus tard dans les membres supérieurs, au point que les malades ne peuvent plus se servir de leurs mains pour boire et pour manger.

Cet état peut même s'aggraver et amener une impotence plus considérable.

Toutefois, quand il s'agit de malades auxquels la tuberculose accorde une assez longue survie, survie due en grande partie à l'administration du phosphate de créosote, la polynévrite rétrocède et finit par disparaître, autant par le secours du temps que par les divers traitements employés. On ne peut cependant pas méconnaître l'action bienfaisante de l'électricité.

Quelle est la cause de cette polynévrite ? C'est ici que commence l'obscurité.

Est-elle due à la créosote absorbée en trop grande quantité. Evidemment non, puisque par les injections d'huile créosotée on en fait absorber des doses quatre à cinq fois supérieures, si ce n'est plus. Dans cette dernière médication on a observé des accidents mais ceux-ci sont tout à fait différents de ceux que nous avons observés.

La ressemblance et pour ainsi dire la similitude de ces accidents de polynévrite avec ceux qu'on observe après une trop longue administration de l'arsenic (car il y a une polynévrite de cause arsenicale) me font penser qu'ils sont dus à l'arsenic.

Voici pourquoi, j'ai remarqué en effet que ces accidents de polynévrite se produisaient plus rapidement chez les malades auxquels en même temps que le phosphate de créosote, on administrait une préparation arsenicale. J'ai observé aussi que ces accidents très longs à se produire quand on n'administre pas en même temps de préparations arsenicales, avaient lieu plutôt quand précédemment le malade avait pris de l'arsenic. Ainsi, j'ai soigné dernièrement un jeune tuberculeux presque arrivé à la troisième période et qui se trouva très bien de l'administration du phosphate de créosote à la dose quotidienne de trois grammes, quand survinrent des accidents de polynévrite. En recherchant les commémoratifs on apprit qu'un mois ou deux auparavant, ce malade avait été soumis à un traitement intensif par le cocadylate de soude.

Dans ces conditions on peut se demander s'il n'y aurait pas une certaine incompatibilité entre l'arsenic et le phosphore. Ces deux corps appartiennent à la même famille chimique. Certains auteurs, M. le professeur Gautier entr'autres, admettent que l'arsenic pur se substitue au phosphore dans les os. Le phosphore introduit à une certaine dose dans l'économie retarderait-il ou empêcherait-il l'élimination de l'arsenic? Autant de questions que je pose sans pouvoir les résoudre. Mais ce qui milite en faveur de cette hypothèse, c'est que des accidents de polynévrite peuvent se produire huit ou quinze jours après que, par prudence, on a cessé l'administration du phosphate de créosote. Il ne s'agit donc pas là d'une intoxication ordinaire dont les effets sont d'autant plus graves que la dose a été plus forte ou plus rapprochée. Il y a là un travail physiologique intérieur sur lequel j'appelle l'attention.

D'autre part, si on considère l'action bienfaisante du phosphate de créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, ce serait dommage d'être obligé d'y renoncer. Aucune médication ne m'a donné de résultats aussi satisfaisants, car fort heureusement les accidents de polynévrite sont plutôt rares. Le phosphate de créosote possède en outre l'avantage incontestable de n'être pas caustique et de pouvoir être pris à haute dose par les voies digestives supérieures.

Dans ma pratique actuelle, je ne le donne à la dose de trois grammes par jour que pendant trois jours par semaine, je ne le donne pas aux malades qui ont pris antérieurement de l'arsenic et je n'administre pas en même temps de préparation arsenicale.

Le problème est posé. De nouvelles observations pourront peut-être le résoudre. Toutefois, en terminant, je préviens une objection, c'est que le phosphate de créosote employé ne contenait pas d'arsenic. — Dr Tison, *médecin de l'hôpital St-Joseph.*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des luxations congénitales de la hanche

M. E. Kirmisson. — Malgré les progrès considérables réalisés dans le traitement des luxations congénitales, dans ces dernières années, la question n'est pas encore complètement résolue. Ni la réduction extemporanée sous le chloroforme par la méthode non sanglante, ni la réduction sanglante, ne sont sans danger; ni l'une ni l'autre ne donnent des résultats constamment favorables.

Dans ces conditions, il nous semble qu'au lieu d'abandonner les choses à elles-mêmes, et d'intervenir seulement quand le déplacement est parachevé, il importe de commencer le traitement dès l'âge le plus tendre, dès que le diagnostic est établi, soit vers l'âge de 18 mois à 2 ans. Tout nous permet d'établir une comparaison entre la luxation congénitale et le pied bot. Or, dans cette dernière

Digitized by Google

affection, au lieu de laisser les altérations osseuses s'aggraver, nous commençons le traitement dès la naissance.

En procédant ainsi pour la luxation congénitale, on n'a besoin d'avoir recours ni à la réduction extemporanée sous le chloroforme par la méthode non sanglante, ni à la méthode à ciel ouvert. Le déplacement est, en effet, à ce moment, le plus souvent insignifiant. Il suffit, pour rendre au membre sa longueur normale, d'avoir recours à l'extension continue. Plus tard, on maintient le résultat obtenu par le port d'appareils prothétiques, non pas construits sur le type de la ceinture de Dupuytren, mais bien embrassant la cuisse et le bassin, et maintenant le membre dans une position moyenne d'abduction, comme ceux dont nous nous servons dans le traitement de la coxalgie. Ces principes sont les mêmes que ceux que nous avons formulés déjà dans les études que nous avons publiées sur le traitement de la luxation congénitale. Nous les avons mis en œuvre dans bon nombre de cas, et nous avons pu en tirer les résultats les plus avantageux. Nous sommes persuadés que là est l'avenir du traitement de la luxation congénitale. Il se résume à dépister le plus tôt possible les traces de la malformation, et à la traiter immédiatement par le repos joint à l'extension continue, suivi du port d'appareils contentifs immobilisant rigoureusement l'articulation, jusqu'à ce qu'on soit assuré qu'il n'y a plus tendance au déplacement. Ce traitement, employé avec persévérance pendant plusieurs années, donnera une proportion considérable de succès. C'est seulement dans le cas où, pour une raison ou une autre, il n'aura pas pu être suivi, ou n'aura pas donné de résultat, que la réduction extemporanée sous le chloroforme avec ou sans opération sanglante, restera comme une dernière ressource, capable de reculer les limites de l'action chirurgicale, et de fournir encore des résultats avantageux. Les méthodes de traitement palliatif ne devront plus constituer qu'une rare exception.

***

M. Adolphe Lorenz, Vienne. — Le traitement non sanglant est préférable au traitement opératoire, car ce dernier n'est pas exempt de dangers : 210 pour 100 de mortalité (d'après diverses statistiques). De plus, il en résulte assez souvent des ankyloses et des contractures demandant un traitement post-opératoire pénible et de longue durée.

Enfin la lésion ou l'extirpation du cartilage en Y formant le fond de la cavité cotyloïde peut être suivie plus tard d'un rétrécissement du bassin à cause d'un arrêt du développement des os.

Quant au traitement mécanique par les appareils portatifs, la durée en est pour ainsi dire sans fin, et en général il n'y a point de résultats satisfaisants. Par une autre méthode non sanglante (la réduction lente dans des gouttières à extension), on ne peut réussir que chez des enfants tout petits ; mais la durée en est également trop longue et la détention en gouttière ne peut que nuire à la santé générale.

Or, la méthode non sanglante, aboutissant à la réduction de la tête fémorale d'emblée sous chloroforme, évite tous ces inconvénients. En deçà des limites d'âge (c'est-à-dire l'enfant atteint d'une luxation congénitale unilatérale doit avoir au plus neuf à dix ans, atteint d'une luxation congénitale bilatérale sept à huit ans), cette méthode n'entraîne aucun danger. La réduction d'emblée sous chloroforme se fait au-dessus du rebord supérieur de la cavité cotyloïde au moyen de l'extension horizontale et au-dessus du rebord postérieur de l'acétabulum au moyen de l'extension verticale ; c'est le dernier procédé qui est préférable parce que le développement meilleur du rebord cotyloïdien postérieur fait constater plus exactement la réussite de la réduction. En pratiquant la réduction d'emblée au-dessus du rebord postérieur de la cavité cotyloïde, il n'est pas nécessaire d'avoir recours aux appareils mécaniques ; la réduction se fait de la manière suivante :

On commence par le déchirement sous-cutané des muscles adducteurs *(myorhexis adductorum)* au moyen du pétrissage des muscles fortement tendus par une abduction forcée ; après on exerce sur le fémur fléchi à l'angle droit une extension verticale et une abduction jusqu'à peu près 90 degrés combinée à une pression directe sur le grand trochanter. La réussite de la réduction est accompagnée de symptômes physiques et cliniques infaillibles et elle peut être vérifiée par la radiographie.

Le principe du traitement postopératoire est de soumettre le fond de la cavité cotyloïde à la pression du poids du corps au moyen de la tête fémorale réintégrée, et c'est sous l'influence de cette fonction physiologique que la cavité cotyloïde s'élargit et s'approfondit surtout par un rehaussement de son rebord supérieur. Pour retenir la tête fémorale sur la cavité cotyloïde, le fémur est fixé dans une position d'abduction exagérée selon les circonstances jusqu'à 90 degrés combinée à l'hyperextension et rotation en dedans légères. Ce n'est qu'au bout de quatre à cinq mois qu'on corrige cette position extrême du fémur par une position moyenne (flexion et abduction légères) et qu'on fixe cette position moyenne durant quatre à cinq mois. Il faut que pendant cette fixation le malade se tienne en marche ou en station sur les jambes le plus longtemps possible. Le dernier appareil plâtré enlevé, on fait du massage et de la gymnastique des muscles pelvi-trochantériens (fessiers), les enfants restant libres sous des appareils quelconques. Il est beaucoup de cas dans lesquels la radiographie démontre une restitution presque anatomique de la cavité cotyloïde qui s'est élargie concentriquement sous l'influence du poids du corps. En d'autres cas, la cavité cotyloïde s'élargit excentriquement en haut par la formation d'un nouveau rebord supérieur osseux au-dessous duquel la tête fémorale reste appuyée. En d'autres cas, la tête réintégrée subit une reluxation antérieure en haut et la cavité cotyloïde reste inaltérée. Dans ces derniers cas le rebord antérieur de l'os ilion chevauche sur la tête reluxée du fémur, de sorte que le bassin a pris un

Digitized by Google

point d'appui osseux. A peu près dans la moitié des cas les résultats anatomiques et fonctionnels sont d'une perfection telle qu'on peut parler d'une guérison radicale; dans l'autre moitié de cas les résultats ne sont pas satisfaisants au point de vue anatomique, mais ces résultats inférieurs au point de vue anatomique ne laissent pas d'être des résultats bien satisfaisants au point de vue fonctionnel, assez souvent meilleurs même que les résultats anatomiquement complets; après l'opération même la lordose lombaire pathologique de la luxation bilatérale disparaît.

En cas qu'on ne puisse pas réussir par la méthode non sanglante, on fait la réduction sanglante, laissant intacte la cavité cotyloïde et dirigeant le traitement postopératoire d'après les principes de la réduction non sanglante.

CHIRURGIE

Chirurgie du pancréas

Les opérations sur le pancréas sont indiquées dans les traumatismes, les inflammations et leurs conséquences (pancréatites suppurées, gangréneuses, hémorrhagiques, nécrose pancréatique avec nécrose graisseuse), les tumeurs solides et liquides (kystes).

Dans les traumatismes récents l'intervention est des plus limitées, les blessures du pancréas étant généralement mortelles à bref délai (hémorrhagies graves, lésions concomitantes des organes voisins). Dix observations connues se sont terminées huit fois par la mort. Le seul traitement rationnel consiste à tamponner la plaie, après l'avoir aseptisée. La recherche et la ligature des vaisseaux intéressés, théoriquement rationnelles, sont pratiquement impossibles dans la grande majorité des cas, à cause de l'état précaire du blessé.

Dans les inflammations et les tumeurs, l'acte chirurgical porte tantôt sur la glande elle-même, tantôt sur son voisinage plus ou moins immédiat. Ce dernier cas se trouve réalisé lorsqu'une collection sanguine, purulente ou autre, développée primitivement dans le pancréas, fait irruption au dehors et s'enkyste entre l'un ou l'autre des nombreux feuillets péritonéaux qui avoisinent cet organe ou bien encore lorsqu'une tumeur solide s'insinue entre ces mêmes replis.

L'opération, dans ces conditions, est des plus simples : la tumeur fait une saillie plus ou moins considérable et les feuillets séreux qui la recouvrent sont intimement soudés entre eux. On n'a donc généralement qu'à inciser sur le point le plus saillant de la tumeur pour la mettre à nu et à agir alors suivant les circonstances. Dans le premier cas par contre (affection confinée à la glande), l'intervention est plus délicate, plus laborieuse et forcément restreinte. Délicate, car le pancréas est profondément situé, entouré de vaisseaux importants et nombreux, dont la blessure ou la ligature peuvent entraîner des accidents mortels (mésentérique supérieure). Restreinte, car on ne peut extirper que des portions limitées du pancréas, l'extirpation totale entraînant fatalement un diabète rapidement mortel.

Ces opérations intra-pancréatiques sont indiquées dans les tumeurs et les pancréatites localisées. Après avoir diagnostiqué l'affection, — et c'est là le point délicat, car les maladies du pancréas n'ont pas de symptômes véritablement pathognomoniques, — il s'agit tout d'abord de mettre l'organe à nu. Suivant les cas, nous pouvons l'aborder par trois voies différentes : 1) la voie sus-gastrique, lorsque la tumeur, ce qui est rare, émerge au-dessus de la petite courbure de l'estomac; 2) la voie gastro-colique (procédé de choix); 3) la voie trans-mésocolique, lorsque la tumeur s'est insinuée entre les feuillets du méso.

Exceptionnellement, nous pouvons avoir recours à l'incision par le flanc (tumeurs de la queue du pancréas) et opérer alors en dehors du péritoine. Le pancréas dégagé, il faut aller à la recherche du foyer ou de la tumeur et, dans ce cas, procéder soit à un curettage, soit à une énucléation. Inutile d'ajouter que les opérations intra-glandulaires sont plus graves que les opérations extra-glandulaires. Mais le pronostic de ces dernières, sauf celles qui concernent les kystes, est encore assez sombre.

Les statistiques restreintes que nous possédons prouvent cependant que les affections pancréatiques que l'on considérait il y a peu de temps encore comme incurables, peuvent aujourd'hui être traitées avec succès, grâce à l'intervention chirurgicale, appliquée en temps opportun. C'est ainsi que la pancréatite suppurée et gangréneuse a fourni 11 guérisons et 9 morts sur 20 cas ; la pancréatite hémorrhagique 5 guérisons et 18 morts sur 23 cas.

Les tumeurs solides ont donné 8 guérisons, dont 4 durables et 3 morts sur 11 cas.

Les 144 cas de kystes opérés se décomposent ainsi :

Opération en un temps : 99 cas, 92 guérisons, 7 morts dont 2 opératoires.

Opération en deux temps : 16 cas, 16 guérisons.

Extirpation totale ou partielle : 25 cas, 21 guérisons, 4 morts.

Quatre cas sans détails ont fourni 3 guérisons et 1 mort.

L'extirpation, plus rarement applicable, est plus grave, plus laborieuse et souvent incomplète. Loin d'être préconisée comme méthode de choix elle ne devra être tentée que très exceptionnellement lorsque le kyste est mobile et facilement pédiculisable.

Outre ces opérations radicales, on peut pratiquer certaines opérations palliatives lorsque des phénomènes de compression du cholédoque ou du duodénum mettent la vie du malade en jeu (dans les tumeurs et les inflammations chroniques de la tête).

Mais les risques sérieux de ces opérations et les avantages très minimes qu'elles procurent ne nous engagent guère à les recommander.

En effet, dans les tumeurs solides, la cholécystentéros-

Digitized by Google

tomie a fourni sur 15 cas : 7 morts rapides et 8 guérisons avec une survie maxima de 14 mois. Quant à la cholécystogastrostomie (4 cas avec amélioration très passagère) à la pancréatico-entérostomie (1 cas, 1 insuccès) et à la gastro-entérostomie (2 cas, 1 mort rapide, 1 survie de 4 mois) elles ne doivent être citées que pour mémoire.

La jéjunostomie, que Maydl vient de préconiser, semble donner des résultats plus favorables.

Ces mêmes opérations peuvent être faites avec succès dans la pancréatite chronique de la tête, qui en impose si souvent pour un cancer du pancréas. De palliatives elles deviennent même curatives, lorsque la régression du processus inflammatoire s'opère, ce qui peut être le cas lorsque les lésions ne sont pas trop anciennes ; la guérison est alors définitive. — Jules Boeckel, de Strasbourg.

THÉRAPEUTIQUE DES VOIES URINAIRES

La sonde urétérale à demeure dans le traitement préventif et curatif des fistules rénales

Les fistules rénales urinaires consécutives à la néphrotomie sont exceptionnellement dues à ce que le tissu rénal malade cicatrice difficilement (tuberculose, certains reins lithiasiques). Dans presque tous les cas la persistance de la fistule est due à ce que l'urine ne peut s'écouler librement par l'uretère, et la fistule ne guérit que lorsque ce conduit est devenu facilement perméable.

La guérison spontanée des fistules consécutives à la néphrostomie pour pyonéphrose se fait presque toujours attendre des mois et même des années ; elle est la conséquence, en dehors de la destruction totale du rein, d'un mécanisme complexe. Du côté du rein, la poche ouverte se rétrécit et le liquide qu'elle contient devient plus fluide ; du côté de l'uretère les phénomènes inflammatoires diminuent et le calibre du canal se rétablit en partie.

La persistance définitive des fistules sera due à des rétrécissements avec ou sans coudure, perméables ou non de l'uretère, ou à des vices d'insertion de l'uretère dans la poche rénale.

D'après M. Albarran on peut, par cathétérisme urétéral à demeure, empêcher la formation ou hâter la guérison des fistules qui guériraient spontanément après un délai variable. Un certain nombre de fistules, qui ne guériraient pas spontanément et qui sont dues à des rétrécissements perméables de l'uretère, peuvent guérir par ce même moyen, et les opérations urétérorénales doivent être réservées pour les cas où le drainage uretéral se montre impuissant.

Traitement préventif. — Il consiste, au moment où l'on pratique la néphrostomie, à introduire dans l'uretère une large sonde dont l'extrémité supérieure draine le bassinet et dont l'extrémité inférieure sort par le méat. Avant d'inciser le rein, on place, par le cathétérisme cystoscopique, une petite sonde dans l'uretère en la faisant pénétrer jusqu'au rein : lorsque la poche rénale est ouverte, on se sert de cette sonde mince pour faire passer, de haut en bas, une grosse sonde n° 10 ou 11.

Lorsque le cathétérisme urétéral n'a pu être pratiqué, on peut parfois réussir à trouver dans la poche rénale l'orifice de l'uretère et à y introduire une sonde jusque dans la vessie : avec un lithotriteur on prend ensuite la sonde dans la vessie pour la faire sortir par le méat.

La sonde uretérale mise en place reste à demeure et la poche rénale est en outre drainée, comme à l'ordinaire, par la plaie lombaire. Les jours suivants, on pratique par la sonde et par les drains des lavages boriqués et nitratés.

Le drainage lombaire est supprimé après une semaine en moyenne et peu de jours après toute l'urine s'écoule par la sonde qui sert toujours à faire des lavages et qu'on retire définitivement quelques jours après que l'urine ne passe plus par la plaie.

M. Albarran a opéré par ce procédé sept pyonéphroses et obtenu la guérison complète sans fistule dans un délai de trois à quatre semaines.

Traitement curatif. — Lorsque la fistule rénale urinaire est déjà constituée on introduit par le cathétérisme cystoscopique, une sonde n° 6 ou 7 dans le bassinet. Souvent, dès le premier jour, toute l'urine s'écoule par la sonde et le malade n'est plus mouillé. Quelques jours après, la sonde est remplacée par une autre plus grosse qu'on introduit sur un mandrin de bas en haut (de l'urèthre vers le rein) et on arrive de suite, ou après un nouveau changement, au n° 11 ou 12. Lorsque la plaie lombaire est bien cicatrisée on retire la sonde.

L'auteur a réussi ainsi chez deux malades à guérir complètement la fistule en quinze ou vingt jours. Chez deux autres malades la fistule se ferma bien, mais les accidents de rétention rénale, qui revenaient dès que la sonde était enlevée, obligèrent à pratiquer une opération urétérorénale pour déplacer l'insertion supérieure de l'uretère.

Le drainage uretéral par la sonde à demeure ne peut être pratiqué lorsqu'on ne réussit pas à faire pénétrer la sonde dans l'intérieur du bassinet. Il échoue encore lorsque l'uretère s'insère trop haut par rapport au point le plus déclive de la poche.

L'échec de la sonde à demeure justifie l'emploi des procédés opératoires sanglants.

La recherche du pouvoir éliminateur du rein par la fluoridzine comme par le bleu de méthylène, ainsi que la recherche de la composition chimique de l'urine ou de son étude histo-bactérologique, est surtout féconde en chirurgie rénale lorsqu'on peut par le cathétérisme uretéral, étudier séparément et comparer la sécrétion des deux reins.

Digitized by Google

MÉDECINE INFANTILE

L'étiologie et la pathogénie des gastro-entérites des nourrissons

L'étude bactériologique des gastro entérites des nourrissons, poursuivie dans ces derniers temps, nous a montré que le rôle de l'infection est très important dans ces affections, mais que ce rôle n'explique pas tout, qu'il y a d'autres éléments à considérer et que souvent l'infection n'intervient que secondairement. La bactériologie n'a pas résolu complètement le problème de l'étiologie et de la pathogénie des gastro-entérites des nourrissons, encore moins celui de leurs formes cliniques. Dans l'étude des causes de ces affections, il ne faut pas négligler les données fournies par l'observation clinique ; il faut, au contraire, recourir d'abord à elles et se servir de la bactériologie pour les éclairer, les contrôler et les grouper. Me plaçant à ce point de vue, je propose de considérer, dans les gastro-entérites des nourrissons, des causes prédisposantes, des causes efficientes et des causes indirectes.

Le nourrisson est particulièrement prédisposé à la gastro-entérite, qui est le principal facteur de l'énorme mortalité du premier âge. Cette prédisposition tient à ce que l'enfant naît avec un tube digestif inachevé, capable de digérer seulement un aliment spécial préparé par la nature, le lait, et d'ailleurs mal défendu contre l'infection et l'intoxication.

Quant aux causes efficientes, les gastro-entérites peuvent être divisées en quatre groupes.

A. Les gastro-entérites dyspeptiques résultent d'une élaboration vicieuse de la matière alimentaire, soit parce que l'enfant a été suralimenté avec l'aliment normal, le lait, soit parce qu'il a reçu trop tôt ou avec excès ou sans discernement des aliments autres que le lait : d'où résultent deux variétés de gastro-entérites dyspeptiques : par suralimentation; par ablactation prématurée ou mal dirigée. Dans les deux cas, la gastro-entérite semble liée au développement d'une intoxication et d'une infection endogènes.

B. Les gastro-entérites infectieuses primitives (infections ectogènes) succèdent à l'introduction de microbes pathogènes dans le tube digestif par la voie buccale. Le lait de vache est la principale source de ces infections. Parmi les microbes qu'il renferme, on a incriminé, comme causes de gastro-entérites, certaines races de B. coli, de B. protéolytiques et de streptocoques. La pratique de la stérilisation du lait, issue de ces données, a donné d'excellents résultats.

Dans l'allaitement maternel, les suppurations de la mamelle peuvent être l'origine de gastro-entérites à staphylocoques ou à streptocoques.

Dans les agglomérations de nourrissons (crèches, hôpitaux), il y a d'autres sources d'infection que le lait; la contagion d'un enfant sain par un enfant diarrhéique peut s'exercer par les mains des infirmières, les tetines, les biberons, l'eau des bains, les thermomètres, peut-être par les poussières de l'atmosphère. Dans ces cas, on peut rencontrer soit un des trois microbes indiqués, soit le B. pyocyanique, soit les staphylocoques.

Au moment de l'ablactation, l'eau, la viande et les autres aliments peuvent devenir le véhicule de l'infection gastro-intestinale ; on a accusé l'eau d'avoir transmis des infections à protozoaires, et la viande, des infections à *proteus vulgaris*.

C. Les gastro-entérites toxiques primitives (intoxication ectogène) résultent de la pénétration dans le tube digestif par la voie buccale d'une substance chimique toxique.

Les empoisonnements par les caustiques sont très rares dans la première enfance; les empoisonnements par les médicaments, surtout par le calomel, sont plus fréquents. C'est le lait qui est la source ordinaire de l'intoxication. Il peut renfermer des produits toxiques provenant des aliments, des médicaments ou des maladies de la nourrice ou de la femelle laitière. En cas d'allaitement artificiel, le lait de vache peut renfermer des poisons introduits par fraude; il peut renfermer des toxines issues de la fermentation après la traite, et des faits cliniques me portent à penser que, parmi ces toxines, il en est que la stérilisation ne détruit pas Lorsque entre le moment de la traite et celui de la stérilisation l'intervalle est trop grand, les microbes ont le temps de pulluler activement, surtout pendant l'été, et s'il est vrai, comme je le crois, qu'ils élaborent quelquefois des toxines que la chaleur ne détruit pas, la stérilisation, faite trop tard, ne donne aucune sécurité. Cette hypothèse me paraît éclairer l'origine des diarrhées d'été, particulièrement du choléra infantile.

D. Les gastro-entérites secondaires succèdent à diverses maladies. — Celles des trois groupes précédents peuvent être appelées primitives, parce que le premier acte morbide se passe dans le tube digestif ; dans les formes secondaires, le premier acte morbide se passe en dehors du tube digestif. Dans le jeune âge, les diarrhées secondaires s'observent surtout dans la rougeole, la grippe, la diphtérie, les infections staphylococciques et streptococciques, les cachexies syphilitique et tuberculeuse, enfin au cours de toutes les infections des voies respiratoires (coryza, stomatite, adénoïdite, otite moyenne, angine, bronchite, broncho-pneumonie, pneumonie lobaire). Elles sont dues sans doute : 1° soit à l'élimination de microbes ou de poisons par la muqueuse gastro-intestinale ou par la bile ; 2° soit à l'affaiblissement des sucs digestifs, à la dyspepsie et à la toxi-infection endogène qui en résultent ; 3° soit à la déglutition des produits septiques venus des voies respiratoires.

L'action des quatre causes efficientes que nous venons d'énumérer peut être favorisée par des influences éloignées : les chaleurs de l'été, le refroidissement, la dentition.

L'influence des chaleurs de l'été sur les gastro entérites des nourrissons est une des mieux établies ; la fréquence et la gravité des diarrhées s'accroissent dans d'énormes proportions pendant la saison chaude. Le choléra infantile

Digitized by Google

est la plus typique de ces diarrhées d'été. Le mode d'action de la chaleur paraît assez complexe ; on peut invoquer : l'altération des sécrétions digestives par l'action de la chaleur extérieure, altération qui provoque une toxi-infection endogène ; la pullulation beaucoup plus active des microbes du lait de vache sous l'influence des hautes températures ; enfin et surtout l'élaboration par les microbes de toxines que la stérilisation ne détruit pas sûrement.

L'influence du refroidissement et surtout celle de la dentition sont très discutées; ceux qui admettent cette influence pensent que ces deux facteurs agissent en favorisant une toxi-infection endogène par le trouble qu'ils apportent dans les sécrétions et la circulation de l'appareil digestif. — Dr Marfan.

La Glycosurie alimentaire dans la gastro-entérite des nouveau-nés

M. Eugène Terrien rapporte les résultats des 42 examens de glycosurie alimentaire chez des nourrissons atteints de gastro-entérite. Pour obtenir des résultats comparables il est nécessaire de se conformer à une technique uniforme (nature du sucre employé, dilution, mode d'administration).

La glycosurie alimentaire ne survient dans l'état physiologique chez le nourrisson qu'avec des doses élevées de sucre cinq grammes au moins de glucose pure, quatre grammes et demi de lactose pure, par kilog. du poids du corps.

Dans la gastro-entérite elle survient avec des doses de 3 gr. 50 et même moins. La glycosurie alimentaire s'observe alors dans près de la moitié des cas ; elle est en relation directe avec deux facteurs : la diarrhée et l'amaigrissement.

On pourrait peut-être de ces résultats tirer une conclusion et afffrmer l'insuffisance fonctionnelle du foie dans la gastro-entérite. Mais c'est là un point que l'auteur ne veut pas aborder, et il se borne à constater ; la fréquence de la glycosurie dans la gastro-entérite des nourrissons.

OTOLOGIE

Causes et Traitement de la maladie de Ménière

La maladie de Ménière, ou l'ensemble des signes dits symptômes de Ménière, représentant une forme clinique, consiste en vertiges liés aux bourdonnements à une surdité ou dureté de l'oreille et aux nausées ou vomissements. Avant 1861, le temps où Ménière attirait l'attention sur cette maladie ou ces groupes de phénomènes morbides, des cas semblables furent enregistrés dans le cadre des affections cérébrales (congestion cérébrale), parce que le vertige, le symptôme cardinal de la maladie, ne fut attribué qu'aux maladies de l'encéphale. Malgré les célèbres expériences de Flourens, la participation du labyrinthe au sens statistique fut méconnue. Le vertige dit *ab aure læsa* aujourd'hui reconnu universellement, prend son origine dans une affection durable ou passagère du labyrinthe ; *primaire*, s'il y a une lésion intralabyrinthique (hémorragie ou une altération profonde par des procédés morbides, syphilis, etc.) ; *secondaire*, s'il n'y a qu'une augmentation de tension intralabyrinthique, une compression anormale, succédant aux diverses lésions de l'oreille moyenne (rétention des exsudats intratympaniques, ankylose des osselets, soudure de l'étrier, obstruction tubaire, etc.) ou même de l'oreille externe (bouchon cérumineux).

Les affections cérébrales, cérébelleuses ou de l'acoustique (tumeurs, maladies fonctionnelles du cerebrum, sclérose), qui font naître des vertiges, sont accompagnées de tant d'autres symptômes que le tableau symptomatique disparaît on devient méconnaissable. Les vertiges dits *réflexes*, c'est à dire ceux dont le point de départ se trouve dans les organes plus éloignés, ont trop contribué à la confusion pour les laisser passer sous silence. C'est le vertige *a stomacho læso*, qui a détourné du labyrinthe l'attention des médecins ; ce sont les vestiges *réflexes*, provoqués par des altérations morbides du nez et du nasopharynx, qui ont attiré trop l'attention vers le labyrinthe et ont fait négliger les causes principales du vertige. Erreur pardonnable, en considérant le rapport intime qu'il y a entre les affections nasales et celles des oreilles.

On est bien loin de pouvoir réunir tous ces divers éléments, toutes ces affections des différents organes, qui constituent une forme clinique dans une entité morbide. Il n'est pas conforme à l'observation de prendre comme type la forme apoplectique, d'identifier l'apoplexie des canaux demi-circulaires avec la maladie de Ménière, parce que : 1° les observations anatomo-pathologiques sont insuffisantes ; 2° l'étiologie diffère dans les différents cas, même de la forme apoplectique; 3° il y a une trop grande différence entre le début, la marche et la terminaison de la forme apoplectique et des autres formes ; 4° les cas apoplectiques forment une minorité notable, en comparaison avec les cas où il y a une affection chronique des oreilles. Comme la maladie de Ménière proprement dite se présente sous différentes formes, comme elle n'a pas toujours la même origine et comme les symptômes sont exactement les mêmes quand il s'agit d'une affection des autres parties de l'oreille, il ne me paraît pas utile de réserver l'expression : maladie de Ménière pour une seule forme. Cette réserve contribuera à frire continuer la confusion. Puis les symptômes de Ménière étant identiques avec les symptômes labyrintiques, on pourrait indiquer l'affection dont il s'agit par son nom en ajoutant : avec symptômes labyrinthiques. Or, cela ne serait pas précis non plus, car il est des cas cérébraux, cérébellaires et de l'acoustique ou il y a des symptômes labyrintiques, sans qu'on ait pu démontrer une affection labyrinthiqne. De sorte que je conseille de suivre Brunner, V. Frankl-Hochwart et d'autres auteurs qui ont proposé de changer la dénomination : maladie de Ménière en : symptôme de Ménière,

Digitized by Google

pour tous les cas, avec cette restriction de faire une classification et de prendre pour base de division le siège de l'affection.

Ainsi :

Symptôme de Ménière dans :

A. la maladie de l'oreille externe ; B. la maladie de l'oreille moyenne : *a.* aiguë ; B. la maladie de l'oreille moyenne : *b.* chronique ; C. la maladie de l'oreille interne : *c.* hémorragique ; C. la maladie de l'oreille interne : *d.* traumatique ; C. la maladie de l'oreille interne : *e.* aïguë ; C. la maladie de l'oreille interne : *f.* chronique ; C. la maladie de l'oreille interne : *g.* toxique ; D. la maladie de l'oreille de l'acoustique ; D. la maladie de l'oreille de l'acoustique : *h.* tabes ; D. la maladie de l'oreille de l'acoustique : *i.* neoplasmatique ; D. la maladie de l'oreille de l'acoustique : *j.* névrose (angionévrose).

Je n'ai pas cité séparément les maladies cérébrales, car en somme si l'ouïe est intacte, il n'y a pas de *vertigo auralis* ; si elle ne l'est pas et si une affection auriculaire participe aux affections cérébrales, nous n'avons pas à nous en occuper qu'autant que l'acoustique est affecté. Un chapitre de symptômes pseudo Ménière, comprenant les vertiges dans l'hystérie, épilepsie, etc., ne semble inutile. La place de ces affections est dans le diagnostic.

Le traitement des symptômes de Ménière est celui des différentes affections auriculaires, chez lesquelles les nerfs ampullaires sont excités soit par une lésion matérielle du labyrinthe, soit par une pression secondaire, soit par une action réflexe. Dans le premier cas, le cas le plus rare, un traitement général domine, tandis que dans les autres cas, toute la thérapeutique des maladies de l'oreille pourra agir. Dans la crise le repos et l'antiphlogose sont indiqués, le repos absolu du corps et de l'oreille, suppression des émotions psychiques et de tout excitant ; des bruits violents sont à éviter ; un régime sévère, sec, et surtout l'abstinence de toute boisson alcoolique sera favorable.

Pour calmer l'hyperesthésie labyrinthique, le sulfate de quinine est le médicament de choix, administré par doses non élevées ; puis les injections hypodermiques de pilocarpine (Politzer, *Lucae*) ; le seigle ergoté (*Lucae*) médicament logiquement en place, ne s'est pas montré très efficace. Mieux valent les iodures pour la résorption et au point de vue étiologique (syphilis). En rapport avec l'état neurasthénique les bromures sont des plus utiles. Pour tous les autres cas, à côté d'un traitement général, tenant compte de l'étiologie, c'est le traitement local qui s'avance, toute opération qui pourra dégager le labyrinthe de toute compression est indiquée, de la plus simple opération de l'enlèvement d'un bouchon cérumuneux, de la douche d'air, de la paracentèse de la membrane du tympan, jusqu'à la ponction de la fenêtre ronde (Botey et Cozzolino). Les même principes du traitement des maladies de l'oreille valeut ici : il faut soigner le nez, la gorge et le nasopharynx non seulement au point de vue étiologique, mais aussi comme ponts de départ de vertige réflexe. Un éperon de la cloison, un cornet moyen hypertrophié. des végétations adénoïdes, si liées aux affections auriculaires, provoquent en même temps par réflexe des vestiges, simulant ainsi un tableau de symptômes de Ménière qui réellement ne méritent pas ce nom. De l'électricité je n'ai jamais vu aucun résultat ; pourtant l'autorité de Politzer qui a galvanisé avec succès le graed sympathique dans les cas de la forme angioneurotique de Bruner nous engage de l'essayer de l'essayer de nouveau. — Moll (d'Arnheim).

THÉRAPEUTIQUE

Injections de créosote. — Prenez :

Phosote..... Q. V.

Injectez 2 à 3 centimètres cubes tous les deux ou trois jours.

Faire des injections profondes dans les muscles.

Ces injections ne déterminent aucune douleur.

Le Phosote contient 80 0/0 de créosote.

BIBLIOGRAPHIE

Vade-Mecum du médecin-expert, par le Dr Lacassagne, professeur de médecine légale à Lyon ; 2me édition (1900) Storck et Masson, éditeurs.

Cette nouvelle édition d'un manuel indispensable à tous les médecins légistes diffère de la première par de notables perfectionnements. La partie relative aux lois et décrets qui règlent l'exercice de la médecine légale a été intelligemment accrue. On peut dire que, sous un faible volume, ce petit manuel résume et condense tout ce qui a trait aux applications judiciaires de la science médicale, domaine si vaste, si prodigieusement étendu par notre temps. Comment un médecin, même le plus instruit, à plus forte raison un jeune docteur inexpérimenté, comme il arrive trop souvent, pourrait-il posséder à fond toutes les parties d'un champ que les plus doctes travaillent encore à défricher ? Non seulement les médecins, mais encore les juges d'instruction et les membres du Parquet pourront recourir, pendant leurs transports criminels, à ce *memento* qui leur épargnera parfois d'irréparables oublis. Car, comme le dit très bien le Dr Lacassagne, « magistrats et médecins doivent avoir toujours présente cette vérité : *une autopsie mal faite ne se recommence pas.* » Ce qui est vrai de l'autopsie l'est aussi bien de toute opération judiciaire. Ni un constat mal fait, ni une enquête mal faite, ne se recommence utilement. Il faut penser à tout dès le début de l'affaire ; et c'est pourquoi un manuel comme celui qui est offert aux médecins et aux magistrats répond à un besoin général.

Académie royale de médecine de Belgique. — Dans sa séance du 29 septembre dernier, l'Académie de médecine de Belgique qui avait nommé déjà il y a quelques années membre correspondant, M. le Dr Huchard, vient de l'élire au titre de membre honoraire.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel Dieu. — M. le Prof. PIERRE DELBET

De l'anesthésie par injections intra-rachidiennes de cocaïne

Depuis huit ou dix mois, on parle beaucoup de ce nouveau mode d'anesthésie, et quelques uns d'entre vous ont insisté pour que je l'utilise ici, dans le service. Je m'y suis nettement refusé et je veux aujourd'hui vous exposer les motifs de ce refus. Une méthode nouvelle ne doit pas être considérée comme bonne par le seul mérite de la nouveauté, et avant d'y recourir, il convient de la soumettre au contrôle de la raison et de l'expérience pour juger de sa valeur et de sa supériorité sur les autres méthodes couramment employées.

Est ce à dire que nous ne possédions pas, à l'heure actuelle, de moyens anesthésiques complétement satisfaisants? Pas tout-à-fait. Le chloroforme que je considère comme le meilleur agent anesthésique n'est pas parfait. Je n'insiste pas sur ses accidents. Certes, on observe des accidents, mais ils sont rares, surtout lorsque l'administration en est bien faite. En 1885, j'ai vu à Strasbourg, le chloroformisateur du service de Bœckel qui avait endormi tous les malades de la clinique, et cela depuis Sédillot; eh bien, il comptait un cas de mort sur 10.000 chloroformisations.

C'est une proportion qu'on ne peut espérer d'abaisser beaucoup.

Mais il est certain que le chloroforme a ses inconvénients, et celui qu'on lui reproche le plus, c'est de provoquer des vomissements. Je vous dirai d'abord que quelques malades y échappent, mais c'est l'exception; d'autres, au contraire, ont des vomissements abondants et répétés. Mais, entre les deux extrêmes, il y a les cas moyens qui sont la règle, et il faut reconnaître que les malades ont en général quelques vomissements qui ont, certes, un effet fâcheux, surtout à la suite des opérations sur l'abdomen.

Un autre inconvénient du chloroforme dont on ne parle guère et que je trouve sérieux, ce sont ses effets toxiques sur les épithéliums glandulaires, principalemant sur les cellules rénales et sur les cellules hépatiques. La diminution des urines est très fréquente à la suite de la chloroformisation. Cette action suspensive des sécrétions n'est évidemment pas sans inconvénient : souvent, on observe des pigments biliaires dans les urines, une légère teinte subictérique; certains malades qui meurent sans cause apparente quelques jours ou quelques heures après l'opération, succombent peut-être à la chloroformisation. Il est donc très légitime de chercher un moyen d'anesthésie meilleur et c'est pour cela que les injections de cocaïne méritent d'être étudiées.

Cette méthode appartient à Bier qui, le 15 août 1898, l'employa à titre de procédé de nécessité, chez un malade qui refusait le chloroforme et l'éther et qui devait subir une résection tibio-tarsienne. La tentative fut heureuse.

Bier expérimenta alors sur lui-même, et nous ne pourrons que louer le bel exemple de dévouement qu'il a donné. Bier n'obtint sur lui aucun résultat. L'anesthésie, ne se produisit pas sans doute parce que la dose éteit trop faible, mais il ressentit des douleurs atroces, fulgurantes, dues probablement à la piqûre d'un des nerfs de la queue de cheval. L'assistant de Bier, Hildebrandt, se fit injecter à son tour 1/2 centigr. L'injection fut faite à 7 h. 38. Au bout de 10 minutes, survint une anesthésie qui dura 48 minutes. A minuit, céphalée atroce; à 1 heure, vomissements, malaises, maux de tête qui ont persisté pendant 4 jours. Pendant 3 semaines, Hildebrandt ressentit de la faiblesse générale.

Tels furent les débuts de la méthode, qui, comme vous le voyez, ne furent pas absolument remarquables; elle produisit des accidents pénibles, sérieux, prolongés.

Je me suis refusé à l'employer a son apparition parce que d'abord on ne peut pas être sûr de ne pas blesser un nerf de la queue de cheval, et que cette blessure n'est pas sans inconvénient. Une deuxième raison c'est que le liquide céphalo-rachidien me paraît infiniment respectable et qu'il me semblait hasardeux de lui substituer une solution toxique. Vous m'avouerez que pour être adoptée, une méthode qui nécessite une ponction de canal rachidien doit présenter de sérieux avantages. Nous verrons si elle a ces avantages.

Depuis ces essais, de nouvelles tentatives furent faites, et, à l'heure actuelle, nous avons assez de renseignements, pour juger de la méthode.

Je ne parlerai pas de la technique : elle est simple. On fait une ponction lombaire dans le cul de-sac dure-mèrien, c'est alors qu'on risque d'embrocher un nerf, de perforer une grosse veine. Quand le liquide céphalo-rachidien coule par l'aiguille, on est sûr d'être en bonne position et on peut pousser l'injection.

On s'est servi d'abord da solutions assez concentrées et de doses élevées, 4, 5, 6 centigrammes. Avec les solutions fortes, on a eu des accidents graves, et on a dû diminuer la dose. Il convient de ne pas employer une solution titrée à plus de 1 p. 100; on ne doit pas injecter plus de 3 centigrammes; en général, 2 suffisent et quelquefois moins.

Au bout d'un certain temps variant de 4 à 20 minutes et quelquefois davantage, on observe

Digitized by Google

des fourmillements; l'anesthésie commence par les pieds et remonte; souvent, elle commence par la région périnéale. L'anesthésie peut remonter très haut et cela dépend de la diffusion de la solution. On l'a vu gagner les membres supérieurs *(Bier, Racoviceanu)*, mais cela dans les cas de doses fortes, par conséquent, dangereuses. D'ordinaire, elle ne dépasse pas l'ombilic ou l'appendice xyphoïde. L'anesthésie que l'on obtient est donc locale bien qu'étendue. Aussi, ne peut-elle être mise en comparaison avec celle que donne le chloroforme ou l'éther. Elle ne permet d'agir que sur les membres inférieurs et la partie sous-ombilicale de l'abdomen.

Les inconvénients des injections intra-rachidiennes de cocaïne sont assez nombreux. Cadol, dans sa thèse, a glissé légèrement sur eux. Racoviceanu y insiste davantage et il rapporte même des accidents graves dans un mémoire fort intéressant basé sur cent cas personnels. Severeanu en a cité aussi dans une récente communication faite au Congrès de chirurgie et qui n'est pas encore publiée.

Avant d'étudier les inconvénients ou accidents, voyons d'abord quels sont les prétendus avantages de la méthode. On a fait état de sa rapidité d'action. Or, messieurs, je viens de vous dire qu'il est exceptionnel que l'anesthésie s'établisse en 4 minutes, qu'on ne l'obtient en général qu'au bout de dix minutes, et qu'il en faut quelquefois vingt ou vingt-cinq. L'anesthésie chloroformique ne demande pas plus de temps.

On a dit encore qu'un des grands avantages de la méthode, c'était de supprimer un aide. Mais, messieurs, la rapidité, la suppression d'un aide, ce sont peut-être des avantages pour le chirurgien, mais nullement pour le malade. Aussi je trouve qu'ils ne méritent qu'une faible considération.

Enfin on a vanté l'innocuité. Est-elle réelle cette innocuité? Nous allons le voir en étudiant les accidents.

Quand on regarde de près les statistiques détaillées, on voit que c'est à peine s'il y a quelques cas où il ne se passe rien d'anormal.

D'abord il est un point qui mérite d'être retenu, c'est qu'on n'obtient pas toujours l'anesthésie. Dans 4 cas sur 100, Racoviceanu a échoué : Ou bien l'anesthésie ne s'est pas produite, ou bien elle a été trop fugace pour permettre l'opération Quatre pour cent, c'est une proportion notable. De ces échecs, il résulte que quand on se sert de cette méthode d'anesthésie, il faut toujours avoir du chloroforme en réserve.

Les petits accidents, qui sont très fréquents, consistent en sueurs, tremblements, convulsions cloniques dans les membres inférieurs. C'est peu de chose, mais ces tremblements et ces convulsions peuvent être singulièrement gênants dans les opérations délicates.

Parfois le sphincter anal devient incontinent et il survient de véritables débacles de matières fécales, accident humiliant pour le malade et qui peut avoir des conséquences graves quand on opère sur le périnée.

En général le pouls est accéléré et bat 120, 140 à la minute. Parfois, chez les artério-scléreux, Racoviceanu a observé, au contraire, un ralentissement notable, 40 pulsations.

On a noté des élévations de température considérables, 39, 40 degrés en dehors de toute infection.

Je vous ai signalé les maux de tête qu'a ressentis Hildebrandt dans l'expérience qu'il a faite sur lui-même. C'est un phénomène fréquent. La céphalée est même presque constante; elle dure parfois plusieurs jours et atteint souvent une acuité extrême.

Il y a quelquefois des accidents plus graves. Chez une malade, à qui Racoviceanu avait injecté quatre centigrammes, il survint, après l'opération, une série de syncopes si menaçantes qu'il fallut pratiquer la respiration artificielle pendant vingt minutes à deux reprises.

Tous ces accidents, petits ou graves, sont si fréquents que Racoviçeanu en est arrivé à faire systématiquement à tous les malades chez qui il emploie ce mode d'anesthésie trois injections d'éther et une ou deux de caféine. Malgré cela, il n'a pas réussi à éviter les céphalalgies pénibles avec contracture de la nuque, ni les vomissements.

Les vomissements sont fréquents; ils durent 24, 48 heures et jusqu'à quatre jours. Aussi, les vomissements qui sont un des gros ennuis du chloroforme, nous les retrouvons ici, comme s'ils devaient être toujours la rançon de l'anesthésie, nous les retrouvons avec une fréquence, une durée au moins égale sinon supérieure.

Je ne sais, messieurs, si vous êtes comme moi; mais vraiment il m'est impossible de voir le moindre avantage de la méthode des injections intra-rachidiennes sur le chloroforme.

J'ajoute que cette méthode me paraît avoir un grave inconvénient, c'est celui de ne pas supprimer la personnalité. Je ne sais qu'on a été jusqu'à vanter cela comme un avantage. Mais s'il peut y avoir quelque charme pour une dilettante névropathe à assister conscient à l'opération qu'il subit, il me semble que pour les gens d'équilibre normal, ce doit être un supplice qu'il vaut mieux éviter. Rappelez-vous, messieurs, vos débuts dans la carrière. Quel est celui d'entre vous qui n'a pas ressenti une véritable émotion en voyant emporter inerte un membre amputé? Demandez vous quel degré aurait atteint cette émotion si le membre avait été l'un des vôtres, s'il s'était agi de votre propre chair.

Les injections intra-rachidiennes de cocaïne ne me

Digitized by Google

paraissent avoir aucune supériorité sur l'anesthésie chloroformique, mais on peut se demander si elles ne seraient pas indiquées lorsque le chloroforme est particulièrement contr'indiqué.

Voyons donc si elles ont elles-mêmes quelques contre-indications. Racoviceanu les proscrit absolument lorsqu'il existe des lésions des reins. C'est dans ces conditions que Goïlay a eu deux cas de mort : il les proscrit également chez tous les malades qui ont des affections organiques du cœur et chez les artério-scléreux.

Ainsi les contre-indications sont les mêmes que pour le chloroforme, de sorte qu'aucune des méthodes ne peut bénéficier des contre-indications de l'autre.

Il faut ajouter que nous ne savons pas encore si les injections de cocaïne dans le liquide céphalo-rachidien n'entraîneront pas d'accidents éloignés.

Pour terminer, messieurs, voyons à quelles conclusions sont arrivés ceux qui ont expérimenté la méthode. Je ne connais pas exactement celles de Severeanu, qui, comme je vous l'ai dit, ne sont pas encore publiées. Mais j'ai ouï-dire qu'elles ne sont pas favorables.

Les conclusions de l'intéressant mémoire de Racoviceanu sont d'apparence contradictoire. Voici ce qu'il dit textuellement des injections intra-rachidiennes de cocaïne : « Personnellement, je suis très content des résultats que j'ai obtenus, mais les accidents pénibles et souvent prolongés que j'ai observés m'obligent à ne pas les recommander ».

Voici, messieurs, un document du plus haut intérêt : le 5 février de cette année, Bier, l'auteur de la méthode, écrivait à Cadol : « Je crois que la méthode, à cause des troubles subjectifs que cause parfois la cocaïnisation de la moelle, n'est pas encore pratique ».

Ainsi, messieurs, vous voyez que ceux qui ont employé largement la cocaïnisation de la moelle se sont montrés plus royalistes que le roi, plus confiants que l'inventeur même de la méthode.

Est-ce à dire que cette méthode est définitivement condamnée et sans appel ? En aucune façon messieurs. Elle est entière encore dans la phase expérimentale, et il est très possible que des expériences habituellement conduites comme celles que Bier continue, la rendent un jour pratique. En attendant, il faut imiter la sage réserve de Bier lui-même. Je trouve très légitime qu'on poursuive des expériences sur les animaux si on arrive à perfectionner la méthode, je serai le premier à m'en réjouir; mais en attendant, je ne me crois pas autorisé à l'employer sur mes malades.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

La saignée du foie. Son application au traitement des hépatites aiguës

par le Dr Paul Remlinger, *Médecin-Major, Chef de Laboratoire militaire de bactériologie de Tunis*

Il n'est peut-être pas de praticien qui, ayant voulu éclairer à l'aide d'une ponction exploratrice, un diagnostic douteux de pneumonie massive, de splénopneumonie, de congestion pulmonaire ou de pleurésie et n'ayant retiré que du sang, n'ait été surpris le lendemain de l'amélioration survenue chez son malade. A la suite de cette légère soustraction sanguine (il y aurait quelque emphase à employer ici le terme de : saignée du poumon), la température baisse, le point de côté est moins violent, la dyspnée est moins vive; le malade déclare aller beaucoup mieux et il arrive parfois qu'ayant pris la ponction pour une intervention thérapeutique, il lui attribue l'amélioration survenue dans son état. Ces faits d'observation fréquente n'ont été cependant l'objet d'aucun mémoire, d'aucune communication aux Sociétés savantes. A notre connaissance, M. Netter seul a fait à la Société des hôpitaux une allusion discrète aux effets thérapeutiques de ces ponctions du poumon dont l'innocuité d'autre part est aujourd'hui admise par tous.

M. Desplats a publié récemment (1) l'observation de deux malades atteints probablement de cirrhose atrophique et vus par lui *in extremis*. La stase veineuse était intense; le cœur droit très dilaté; la dyspnée très vive. Le trocart bien qu'introduit au lieu d'élection, à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antérieure et supérieure, pénétra dans la rate extrêmement hypertrophiée. Il s'écoula une quantité de sang considérable qui s'éleva, dans un cas, au chiffre énorme de 1,200 centim. cubes. Cette « saignée de la rate » fut suivie d'une amélioration rapide expliquable par un changement brusque de tension dans la veine cave supérieure. La dyspnée cessa; la cyanose disparut; les œdèmes s'amendèrent. Les effets lointains furent aussi heureux que les effets immédiats. Les malades vivent encore quatre ans après l'intervention.

De ces heureux résultats nous désirons rapprocher ceux que dans l'hépatite aiguë paludéenne ou dysentérique et peut-être dans d'autres affections hépatiques, on est en droit d'attendre de la « saignée du foie ».

La « saignée du foie » paraît être d'origine exotique Ce sont les chirurgiens anglais de l'Inde qui l'ont découverte et qui l'ont appliquée les premiers au

(1) *Journal des sciences médicales* de Lille. — 27 janvier 1900.

Digitized by Google

traitement des hépatites aiguës. En France où les affections aiguës de la glande hépatique ne sont pas fréquentes, dans les colonies françaises où par contre elle ne sont pas rares, la saignée du foie est bien délaissée, sinon totalement ignorée; et nous avons pu parcourir la collection complète des *Archives de médecine militaire et navale* sans trouver une seule mention de ce procédé thérapeutique. En 1898, au cours d'une discussion sur le traitement des abcès du foie, M. Nimier, professeur au Val-de-Grâce, et M. Loison, professeur agrégé, ont attiré sur les bons effets de la saignée l'attention de la Société de Chirurgie (1). C'est la seule indication bibliographique que nous ait fournie la littérature médicale française.

En Tunisie depuis 1896, nous avons eu trois fois l'occasion d'observer les bons effets de cette saignée. L'amélioration a été chaque fois si nette et si rapide que nous nous croyons en droit de vulgariser ce procédé thérapeutique.

L'histoire clinique de nos trois malades est à peu de chose près identique (2). Anciens dysentériques, sans autre antécédent intéressant, ils ont été pris brusquement dans l'hypochondre droit d'une douleur violente en forme de point de côté avec irradiation à l'épaule. Cette douleur était extrêmement intense; elle était exagérée par la toux, la respiration, les mouvements; elle déterminait une véritable sensation d'angoisse avec pâleur de la face, sueurs froides, petitesse du pouls, dyspnée. Les injections de morphine étaient impuissantes à la calmer. En même temps, la fièvre s'allumait et oscillait autour de 39. Il y avait de la céphalée, de la courbature généralisée, de l'état saburral de la langue, de l'anorexie, des vomissements bilieux, de la diarrhée. Les conjonctives présentent une légère teinte subictérique, les urines ne renferment que des traces minimes de pigments biliaires normaux. Pas d'urobiline. L'inspection révèle une voussure manifeste de l'hypochondre droit. La palpation et la percussion provoquent de vives douleurs irradiées dans l'épaule et ne peuvent être mises en œuvre qu'avec beaucoup de ménagements. On arrive néanmoins à se rendre compte que le foie présente une hypertrophie considérable. En avant, la matité commence au mamelon et, débordant les fausses côtes de 4 ou 5 travers de doigt, s'étend sur une hauteur de 15 à 16 centimètres. Le lobe gauche dépasse de beaucoup la ligne médiane. En arrière, la matité débute un peu au-dessous de l'épine de l'omoplate. L'hypertrophie paraît ainsi intéresser uniformément la glande tout entière. La palpation révèle un foie dur, résistant, mais lisse, sans aspérités d'aucune sorte. Le bord tranchant est difficile à percevoir; la vésicule n'est pas sentie davantage. L'auscultation de la base droite révèle parfois des frottements de péri-hépatite où il peut se développer de ce côté une pleurésie séreuse. La rate n'est pas augmentée de volume. La thérapeutique traditionnelle des affections hépatiques, le repos au lit, la diète lactée, les alcalins, les antiseptiques intestinaux, le calomel sont sans effet sur ces symptômes. La température continue à osciller entre 38 et 39. Les douleurs sont de plus en plus fortes. Le foie continue à augmenter de volume. Le malade pâlit; il s'émacie, se cachectise et il implore un soulagement que la morphine est impuissante à lui procurer.

En face de cet ensemble de symptômes, le diagnostic est naturellement hésitant entre une hépatite aiguë non suppurée et un abcès du foie. Les antécédents dysentériques, le point de côté hépatique, l'irradiation de la douleur dans l'épaule droite, l'état saburral de la langue, l'anorexie, les vomissements bilieux, la diarrhée, la fièvre, l'absence d'ictère, l'augmentation de volume du foie, l'absence d'hypertrophie de la rate, la complication possible d'une pleurésie droite sont autant de symptômes communs aux deux affections. La brusquerie du début, l'extrême acuité des symptômes, la diffusion de la douleur, l'hypertrophie uniforme de la glande sans prédominance au niveau de tel ou tel lobe, l'absence de voussure localisée sont bien en faveur de l'hépatite mais les choses se présentent rarement en clinique, avec la netteté qu'elles acquièrent dans un article de journal et en général le praticien reste dans le doute.

C'est dans ces conditions que se pose l'indication des ponctions exploratrices, première étape du traitement chirurgical s'il s'agit d'un abcès, premier temps de la saignée du foie si on a affaire à une hépatite.

La région hépatique est lavée et désinfectée avec grand soin. L'appareil Potain est monté. On a fait bouillir la grosse aiguille qu'on emploiera de préférence aux aiguilles de moindres dimensions. On l'enfonce en pleine substance hépatique, au point qui aura été indiqué par le malade comme étant le plus douloureux ou au point où on aura cru percevoir le maximum de voussure. Si la ponction ramène du pus, une opération plus complète (incision et curettage) est indispensable; elle doit être pratiquée séance tenante. Si au contraire des ponctions pratiquées dans diverses directions ne ramènent que du sang, il y a indication formelle à prolonger cet écoulement sanguin de façon à réaliser la « saignée du foie ». Souvent l'écoulement du sang dans l'appareil

(1) Séances des 16 et 23 mars.

(2) Les observations détaillées ont été publiées dans le n° de la *Revue de médecine* du 10 août 1900.

Digitized by Google

se fait très mal et il est nécessaire de procéder à une aspiration énergique. Dans ces cas, il n'y a non plus aucun danger à traumatiser légèrement à l'aide de l'extrémité de l'aiguille la substance hépatique. L'opération peut être répétée en deux ou trois points différents. La quantité du sang qu'il faut soustraire pour pouvoir compter sur une amélioration notable semble devoir varier entre 50 et 100 grammes, entre 2 et 5 cuillerées à soupe. L'aiguille retirée, la petite plaie est obturée avec une légère couche de ouate hydrophile imbibée de collodion iodoformé. Nous n'avons jamais observé consécutivement la moindre hémorrhagie.

Dès le lendemain, le malade accuse un grand soulagement. Une véritable sensation de bien-être fait place aux douleurs atroces des jours précédents. On observe une chute considérable et parfois définitive de la température. La palpation et la percussion sont beaucoup moins pénibles. Parallèlement, la dyspnée cesse; les vomissements disparaissent; l'insomnie fait place à un sommeil réparateur. Le foie demeure encore augmenté de volume pendant quelques jours, puis, peu à peu, la matité diminue; la glande finit par se retirer derrière les fausses côtes; le malade guérit.

Comment agit la saignée du foie? C'est un point sur lequel on ne peut faire que des hypothèses. Que serait-il arrivé chez nos malades s'ils n'avaient été saignés? L'affection serait elle à la longue entrée en résolution? Aurait-elle abouti à la formation d'un abcès? C'est ce qu'il est bien difficile d'établir. Chez deux de nos malades, nous avons fait précéder la ponction au Potain de ponctions aseptiques à la seringue de Strauss. Le sang recueilli purement a été ensemencé sur les divers milieux nutritifs usités dans les laboratoires. Tous les tubes sont demeurés stériles. Faut-il en conclure que la saignée n'agit pas en soustrayant au foie un certain nombre de microorganismes et en favorisant ainsi la leucocytose vis-à-vis des microbes demeurés dans la glande? Cette conclusion serait, croyons-nous, prématurée, car l'agent pathogène de l'hépatite aiguë dysentérique peut très bien n'être pas décelable à l'aide de nos procédés habituels d'investigation.

Une deuxième hypothèse est que la saignée agit mécaniquement, en décongestionnant le foie. De même, dans les observations de Desplats, la saignée de la rate paraît avoir amené des effets salutaires en modifiant la tension vasculaire dans le système des veines caves. On peut objecter à cette manière de voir la petite quantité de sang extraite par sa ponction (250 gr. au maximum) comparée à la masse considérable de liquide sanguin emprisonné dans la glande hépatique. Toutefois, cette hypothèse nous séduit et nous sommes fort tentés de nous y ranger. Nous nous demandons même si les bons effets de la saignée du foie se restreindraient, le cas échéant, aux hépatites aiguës dysentériques ou paludéennes, et s'ils ne pourraient pas s'étendre à d'autres affections de la glande hépatique. Ne serait-il pas indiqué de recourir à la saignée du foie dans certains cas de congestion cardiaque, d'asystolie hépatique...? Ces cas, malheureusement, ne se présentent que rarement à l'observation du médecin militaire et nous devons nous contenter de soumettre cette indication au contrôle de confrères mieux favorisés. L'essai peut être tenté sans la moindre appréhension. La saignée du foie est extrêmement facile à pratiquer; elle est absolument inoffensive. Ses bons effets dans l'hépatite aiguë dysentérique légitiment son emploi dans les affections qui s'en rapprochent par quelque caractère.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Une vieille préparation : la liqueur des teigneux

Par le Dr Liégeois
Correspondant national de l'Académie de Médecine

J'ignore le nom de l'auteur. La formule, la voici, d'après Guibourt :

Houblon	ãã	40 grammes
Centaurée		
Ecorce d'orange amère		10 —
Carbonate de potasse		1 —
Alcool à 56°		720 —

Par houblon, on entend le houblon cultivé pour les besoins de la brasserie, plutôt que le houblon vivace du bord des rivières. On n'utilise de cette ulmacée-cannabinée que les cônes préalablement séchés à l'ombre. Quand on se sert du houblon cultivé, il importe de s'assurer que les cônes sont entiers, que leurs écailles n'ont pas été froissées entre les doigts pour en retirer le lupulin.

Par centaurée, on veut dire la petite centaurée de la famille des gentianées, cette plante annuelle indigène du bord des bois dont les fleurs roses disposées en corymbes au sommet de la tige s'épanouissent à la fin de juillet et au commencement d'août : fraîches, les sommités fleuries sont déjà amères, elles le sont bien davantage après dessiccation.

Je rappelle que l'écorce d'orange amère est le zeste du fruit du bigaradier.

Aujourd'hui, l'alcool à 60° remplace l'alcool à 56° dans la confection des teintures pharmaceutiques.

La liqueur des teigneux sera donc formulée :

Cônes secs de houblon cultivé	ãã	40 grammes
Sommités fleuries sèches de petite centaurée		
Ecorce sèche d'orange amère		10 —
Carbonate de potasse		1 —
Alcool à 60°		720 —

Digitized by Google

(Faites macérer pendant trois semaines (et non pendant huit jours), exprimez et filtrez.)

Quelles sont les indications thérapeutiques de cette teinture alcaline de houblon, de petite centaurée et d'écorce d'orange amère?

En premier lieu, la teigne, dira-t-on. Oui, si l'on prend ce mot teigne, avec J. Frank, comme synonyme d'impétigo, de croûte laiteuse (teigne muqueuse des anciens) et non de teigne faveuse et de teigne tonsurante.

Quoique sachant très bien que l'impétigo est inoculable, auto-inoculable, dû à un streptocoque, les dermatologistes, en même temps qu'ils instituent un pansement microbicide local, conseillent un traitement général, du moins chez les sujets entachés de lymphatisme et de scrofule. En pareil cas, la liqueur des teigneux soutient la concurrence avec l'iodure de fer, avec l'huile de foie de morue, avec le sirop iodo-tannique, avec la liqueur de Donovan; elle nous a fourni de bons résultats contre les manifestations ganglionnaires ulcérées ou non de la scrofule, contre les blépharites chroniques de même nature et contre les scrofulides de la tête, du nez et des oreilles.

Faut-il s'en étonner? La réputation de la tisane de cônes de houblon dans le traitement des écrouelles est très ancienne : Ph. Pinel, dans un vieux livre, sa *Nosographie philosophique*, déclare à l'article « Scrofules » que « des expériences répétées ont prouvé l'efficacité d'une forte décoction de houblon » ; J. Frank plaçait le houblon au premier rang dans la curation des « impétigines » ; F. Cadet de Gassicourt faisait entrer ses sommités fleuries avec les feuilles de noyer dans sa « boisson antistrumeuse » à laquelle il ajoutait de la teinture de mars tartarisée ; le vin tonique amer de Cottereau était du vin de Madère contenant de la teinture de houblon à parties égales avec de la teinture de quinquina et de gentiane, du sirop antiscorbutique et d'écorce d'oranges amères; Bouchut, qui se servait de la tisane de houblon dans la scrofule et dans le rachitisme, la réservait pour l'été et la remplaçait en hiver par l'huile de foie de morue; Bazin ordonnait la tisane de houblon aux scrofuleux atteints de maladies de peau. De l'avis de D. Zambaco, la substance qui, dans le houblon, est antispasmodique ou narcotique, est précisément celle qui agit comme antistrumeuse : j'ai nommé le lupulin. Le lupulin, cette poussière jaune que l'on recueille dans la proportion de 8 à 10 pour cent à la base des écailles des cônes du houblon, renferme, en effet, une huile essentielle ayant l'odeur de l'acide valérianique, antispasmodique et narcotique à haute dose, mais en outre un acide amer cristallin, l'acide lupulique : huile volatile et acide amer tous deux très solubles dans l'alcool. Magendie recommandait dans la scrofule soit le lupulin (0 gr. 30 à 2 gr.) associé à du sucre, soit la teinture, soit le sirop de lupulin; D. Zambaco, qui l'expérimenta en 1854 sur les scrofuleux du service de Ricord, remonta leurs forces, augmenta leur appétit, releva leurs fonctions digestives. Aussi quand, la même année, le chimiste Personne exalta surtout les attributs antispasmodiques du houblon sans parler de ses propriétés antistrumeuses consacrées par la clinique, les médecins continuèrent de croire à son influence salutaire sur la scrofule.

L'alcool dépouille complètement les sommités fleuries de petite centaurée d'un principe amer non isolé qu'il ne faut pas confondre avec un principe cristallisable insipide, l'érythrocentaurine, ni avec une matière résineuse appelée centauri-résine. Rostan rangeait la petite centaurée à côté du houblon et de la gentiane parmi les « fortifiants fixes »; il s'étend en considérations à perte de vue sur la manière dont elle impressionne, ainsi que ses succédanés, le système capillaire, les glandes et la nutrition. Faisant grâce au lecteur de toutes ces explications, je dirai que la gentiane s'est montrée efficace dans la scrofule et que la petite centaurée n'est autre chose qu'une gentianée.

L'essence de houblon, celle de bigarade, en solution dans la liqueur, n'ont-elles pas aussi, par l'intermédiaire de la circulation capillaire, quelque action résolutive sur les glandes scrofuleuses ? ou l'essence de bigarade n'a-t-elle d'autre résultat que d'aromatiser la préparation et d'en rendre l'ingestion plus facile?

Ce que nous avons écrit récemment à propos de l'élixir de Stoughton — qui est une teinture de plusieurs amers purs et de plusieurs amers aromatiques — nous dispense de tenter l'explication des bons effets que nous avons obtenus dans le traitement des dyspepsies hypopeptiques atoniques avec la liqueur des teigneux qui est une teinture d'un amer pur (petite centaurée) et de deux amers aromatiques (houblon, écorce d'orange amère). Il y a longtemps que l'on s'est servi de la tisane de houblon dans les « dyspepsies accompagnées de gastralgies », et un expérimentateur prouvait naguère que le houblon vient immédiatement après la gentiane, après le condurange et après le chardon bénit parmi les amers qui augmentent le plus la sécrétion chlorhydrique de l'estomac.

J'ai lu que Klaunig parlait avec éloges de la petite centaurée dans « les cardialgies », et nous savons tous que sa macération ne réussit si bien dans la chlorose que parce qu'elle restaure l'appétit et permet à l'estomac de remplir mieux son devoir d'organe digestif.

Digitized by Google

Le houblon, la petite centaurée sont légèrement laxatifs : raison de plus de les utiliser dans la dyspepsie hypochlorhydrique avec constipation.

L'écorce d'orange amère est eupeptique par son essence qui agit à la manière de celles d'absinthe, de germandrée, de cascarille, et par ses glucosides et ses acides résineux très amers dont l'alcool s'empare comme il s'empare de l'essence. Escomptant les propriétés antispasmodiques plutôt qu'amères de l'essence, Hannon l'avait recommandée dans les gastralgies névropathiques.

La liqueur des teigneux rend des services dans le prurigo, les dartres, l'ecthyma, l'acné, l'urticaire, les furoncles, les orgelets qui sont en relation évidente avec la dyspepsie atonique hypopeptique compliquée ou non d'état bilieux. Son action « dépurative » est la conséquence des bonnes digestions qui suivent son usage.

Quel que soit le but poursuivi, les doses sont : 20 à 40 gouttes chez les enfants, une cuiller à bouche chez les adultes une demi-heure avant les principaux repas. Dans les dyspepsies et dans les dermatoses d'origine dyspeptique on alternera la préparation de huit en huit jours avec les petites doses de sel de Vichy avant, ou d'acide muriatique après les repas ; dans la scrofule ganglionnaire, dans les scrofulides, dans l'impétigo des strumeux on continuera la médication pendant cinquante jours ou deux mois en supprimant le remède — pour que l'estomac se repose — pendant une semaine tous les huit jours.

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

Médecins de campagne et petits sanatoria privés

Par le Dr A. F. Picque

Médecin en chef du sanatorium d'Angicourt

Le nombre des sanatoria pour tuberculeux aisés s'est beaucoup accru en France. Tous obtiennent d'excellents résultats.

La création de sanatoria pour les indigents est, elle-même, sortie, avec Hauteville et Angicourt, de la période de simples projets. La grande lacune à combler actuellement, est le traitement des tuberculeux dans les classes moyennes. Ceux-ci peuvent rarement payer le prix élevé d'un séjour forcément prolongé dans les grands sanatoria. Ils ne sauraient être admis dans les établissements réservés aux pauvres. Cette question mérite d'appeler l'attention de nos confrères établis dans de bonnes conditions climatériques à la campagne. En combinant avec leur clientèle la création d'un petit sanatorium, modeste, à prix modérés, leur succès serait à l'avance certain. La situation de beaucoup de médecins de campagne est devenue très précaire. Les médecins, les pharmaciens se sont multipliés autour d'eux, restreignant de jour en jour leur zone d'activité. Tout en rendant des services réels contre la tuberculose, cette innovation pourrait donc être, dans la crise médicale actuelle, une excellente ressource.

Quelles conditions devraient remplir ces petits sanatoria ? L'indispensable est, d'une part, une maison confortable, bien ensoleillée, facile à chauffer l'hiver ; d'autre part, un jardin suffisamment grand, bien ombragé l'été. Tout cela n'est pas rare dans nos campagnes. Et c'est par douzaines qu'on compterait en France, aux environs de Fontainebleau, en Touraine, en Bretagne, etc., etc., ces localités jouissant d'un excellent climat et permettant de recevoir des malades toute l'année.

La maison une fois trouvée, deux solutions sont possibles : Ou bien le médecin l'habite avec ses malades, il n'a pas d'autre domicile et prend même ses repas avec eux. Cette façon de faire offre au point de vue de l'économie, de la surveillance permanente, des avantages réels. Beaucoup de médecins préfèreront, néanmoins, une habitation indépendante, à proximité du sanatorium. Cette combinaison entraîne plus de dépenses, elle complique l'administration, mais elle laisse au médecin plus d'indépendance et plus de liberté.

Dans le premier cas, un très petit nombre de pensionnaires, trois ou quatre au besoin, est suffisant pour couvrir les frais matériels. Dans le second, il faut arriver au moins à dix ou douze. Il est sage pour le médecin, qui veut en même temps continuer sa clientèle, de ne pas dépasser ce dernier chiffre. Il y a d'ailleurs dans les résultats des sanatoria une question de suggestion individuelle, de sollicitude quotidienne pour chaque malade. Plus ceux ci sont nombreux et plus ces deux éléments importants de la cure font défaut. Aussi les résultats les meilleurs sont-ils obtenus dans les plus petits sanatoria,

Le matériel indispensable n'a rien de bien compliqué ; des crachoirs combustibles très peu coûteux revenant à environ 0 fr. 04 centimes pièce, et qui, brûlés chaque jour, donnent toute garantie contre la contagion : des chaises longues et quelques guérites-abris pour la cure d'air. Quant à l'alimentation elle doit être aussi abondante et aussi bonne que possible. Mais dans beaucoup de campagnes, où la vie est facile, ces conditions sont réalisables sans trop de dépenses.

Quel peut être le prix de la pension ? Trois cents francs, tous frais compris, doivent être regardés comme un maximum. Pour avoir un recrutement facile, il serait même bon de pouvoir abaisser pour les

Digitized by Google

chambres les moins spacieuses ce prix à deux cents francs. Dans certaines régions à loyer peu élevé, à nourriture peu coûteuse, ce prix peut être encore suffisamment rémunérateur.

Comme pour tous les sanatoria la principale et à peu près la seule cause d'échec serait l'admission de malades trop gravement atteints. A un degré avancé de la phtisie, il n'y a plus de résultat à attendre de la cure de sanatorium. Le voisinage de ces tuberculeux aux dernières périodes exerce sur le moral des autres pensionnaires la plus mauvaise influence. La discipline stricte des crachoirs est plus difficilement imposée à cette phase ultime de la maladie. Les dangers de contagion sont par suite plus grands. En France, on commence à comprendre la nécessité de traiter les tuberculeux dès le début. Un sujet encore bien portant en apparence mais ayant une lésion nette au sommet doit être regardé comme très malade tout comme un autre ayant un petit cancer au début. Ce sont ces malades : convalescents de pleurésie, malades à leur première atteinte d'hémoptysie, tuberculeux aux premiers degrés qui retireront le plus rapidement comme le plus sûrement bénéfice entier et qui feront le succès du sanatorium. Mais, dans d'autres cas, le médecin sera sollicité d'admettre un phtisique désespéré « pour tenter une dernière chance », « pour donner au malade une lueur d'espoir », « pour adoucir les derniers moments du malheureux condamné ». Il ne faut pas que nos confrères qui tenteraient la création de petits sanatoria de campagnes s'y trompent. S'ils cèdent à toutes ces sollicitations, leur échec est certain. L'admission de ces malades incurables est à bref délai la fin d'un sanatorium.

Cet écueil devait être signalé. Il est d'ailleur facile à éviter. Tout le reste est relativement plus aisé encore. Dans une tentative de ce genre un médecin de campagne ayant une installation suffisante dans un site favorable est certain de trouver des succès thérapeutiques nombreux, et, ce qui a son importance matérielle, un avantageux revenu.

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

L'Avoine

L'avoine n'intéresse pas seulement l'économie rurale et la bromatologie, mais aussi la thérapeutique, car elle possède d'incontestables propriétés diurétiques : ces propriétés particulières paraissent avoir été signalées pour la première fois en 1844 par le docteur Thémont d'Ast ; elles ont été depuis utilisées par Fonssagrives, le plus souvent avec succès ; aussi, parmi les quelques drogues végétales qui forment la classe des *diurétiques spécifiques* de son *Traité de Thérapeutique*, figure l'avoine. Le caryopse de cette graminée renferme entre l'épisperme et l'amande un glucoside, l'avenine, à parfum de vanille, susceptible d'ailleurs de fournir de la vanilline par oxydation : ce glucoside est doué de propriétés stimulantes très énergiques qui se manifestent chez l'homme à la dose de 0 gr. 0005 à 0 gr. 001 : c'est à lui que serait due, d'après Fonssagrives, la propriété diurétique de l'avoine.

Très récemment, E.-F. Ladel a constaté qu'en nourrissant des chevaux exclusivement avec du millet, graminée très voisine de l'avoine, on provoquait chez ces animaux une secrétion urinaire anormale : les recherches poursuivies par l'auteur pour isoler du millet le principe susceptible d'exercer une pareille action physiologique l'ont conduit à retirer de l'extrait alcoolique un glucoside ; ce glucoside, soluble dans la benzine, est amorphe, précipite en blanc par l'acétate de plomb et donne une coloration violette avec l'acide sulfurique et le sucre de canne ; il possède la propriété diurétique reconnue au millet et exerce de plus une action stupéfiante sur l'organisme du chat, du rat, etc. Or, il est possible de retirer de l'extrait alcoolique d'avoine une substance qui présente les caractères du glucoside de Ladel et dont l'étude mériterait d'être poursuivie.

Quel que soit le principe diurétique de l'avoine, celui-ci réside dans le péricarpe, car le gruau n'a pas la même propriété ; il est plus abondamment contenu dans l'avoine noire que dans les variétés rouge et blanche.

On emploie la décoction obtenue en faisant bouillir :

Avoine noire lavée et séchée...	180 grammes

dans

Eau	3 litres

jusqu'à réduction d'un tiers ; on laisse refroidir et on décante sans filtrer ; on ajoute :

Eau distillée de laurier-cerise..	X gouttes
Sirop de sucre.....	150 grammes

A prendre dans les 24 heures. A. B.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Collodion à l'Iodol :

Iodol.....	10 grammes
Alcool à 75°.....	16 —
Ether.....	64 —
Coton-poudre.....	4 —
Huile de ricin.....	6 —

L'iodol est le pyrrol tétraiodé, c'est un antiseptique très recommandable qui a été introduit en thérapeutique par Mazzoni. Il s'emploie aux mêmes doses que l'iodoforme sur lequel il présente l'avantage d'être notablement moins toxique. Il est de plus presque inodore.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

RHINOLOGIE

De l'irrigation nasale. — Une question incidente soulevée à la section d'otologie du Congrès, a remis sur le tapis la question de l'emploi de l'irrigation nasale; à côté des partisans éclectiques, dont nous faisons partie, il y a les proscripteurs systématiques.

C'est pour cela que nous croyons devoir revenir sur ce sujet, déjà traité dans le *Journal des Praticiens*, et répondre aux objections que l'on fait à l'emploi de ce moyen thérapeutique.

Tout d'abord le terme d'irrigation n'est pas synonyme de douche nasale, si on entend par là que le liquide doit arriver dans la cavité nasale avec une certaine force, capable de produire un effet de percussion comme on l'obtient en hydrothérapie.

Pour que le liquide parcoure la cavité naso-pharyngienne, il n'est point besoin d'une forte pression; il suffit que le liquide puisse s'élever le long de la cloison; quand la tête est penchée en avant il s'écoule par l'autre narine par l'effet seul de la pesanteur.

Malgré sa simplicité apparente, ce mode de traitement exige quelques précautions et un diagnostic précis de l'état du rhino-pharynx.

C'est pour n'avoir pas observé les règles qui doivent être suivies, que certains malades ont vu survenir des complications auriculaires. En raison de ces accidents, rares à la vérité, une réaction s'est produite et a fait considérer comme extrêmement dangereux ce mode de traitement.

La terreur de l'otite moyenne, causée par la pénétration possible du liquide dans la caisse du tympan, a inspiré d'étranges moyens pour la prèvenir; ainsi, Zaufal conseille de pousser, avec les doigts, le voile du palais contre les orifices pharyngés des trompes d'Eustache; Stœrck prescrit au malade de conserver dans la bouche une gorgée d'eau pendant que le liquide circule dans le nez; dans ce dernier cas, on peut se demander par quel orifice le malade peut respirer.

Les accidents invoqués pour justifier dc pareilles précautions, sont bien plus rares qu'on ne l'a dit. Cassel n'a pas observé une seule complication auriculaire sur 1.500 cas d'irrigations nasales; pour notre compte, nous n'avons vu que de bien rares cas, malgré les conditions défectueuses dans lesquelles cette opération est pratiquée à l'hôpital et nous n'en avons jamais observé dans notre pratique de la ville.

Nous n'avons point connaissance qu'on ait établi une statistique précise indiquant le nombre d'accidents sur 100 cas d'irrigations; ce pourcentage serait pourtant utile pour mesurer le degré de danger auquel est exposé le malade.

Il faut bien avouer que très souvent l'irrigation nasale est faite sans méthode, sans précautions. Qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes, de fosses nasales à cornets atrophiés ou hypertrophiés, à cloison droite ou déviée, on prescrit toujours le siphon de Weber dont la canule ne permet pas de graduer l'abondance du jet.

On oublie trop souvent que si tel débit de liquide peut franchir sans la moindre difficulté des cavités spacieuses, ce même débit pourra être trop fort pour un nez obstrué ou un nez d'enfant; d'où accidents possibles.

La faute n'en est donc pas à l'irrigation elle même, mais à son mode d'application défectueux; pour pouvoir régler l'abondance du jet, il faut avoir des canules percées de canaux plus ou moins larges ou ce qui est plus simple ne se servir que de canules à robinet qui permettent tous les degrés de débit. Il en est de même de la force du jet que l'on fait varier en élevant plus ou moins haut le récipient qui contient la solution.

On a encore reproché à l'irrigation nasale d'être inutile; ce n'est pas l'avis des malades qui en font usage, car la plupart en retirent une grande amélioration.

C'est discréditer la méthode que réclamer d'elle plus qu'elle ne peut donner, que de la croire capable de guérir, à elle-seule toutes les affections du nez et du pharynx supérieur, de la regarder, en un mot, comme une panacée de toutes les affections des voies aériennes supérieures.

Nous ne croyons pas que l'irrigation réalise l'antisepsie complète des fosses nasales, pas plus qu'aucune autre méthode; d'ailleurs, à quoi servirait une asepsie complète, absolue, en supposant qu'on puisse l'obtenir, puisque, quelques instants après, de nouveaux germes seront apportés par la respiration.

On se rappelle l'expérience de Strauss qui ensemence dans de l'eau distillée ou du bouillon le mucus de 29 personnes, élèves ou infirmiers de son service d'hôpital et qui inocule à 29 cobayes la culture obtenue. De ces animaux, 13 n'ont aucune lésion, 7 périssent en quelques jours de septicémie et 9 portent des lésions tuberculeuses quand ils sont sacrifiés de 3 à 5 semaines après l'inoculation. Il ressort de

Digitized by Google

cette expérience que 16 personnes sur 29 avaient un mucus nasal virulent (Académie de médecine 1894). Malgré les intéressantes expériences de Wurtz et Lermoyez montrant l'action bactéricide du mucus nasal, action qui est souvent en défaut, il sera utile, dans bien des cas, d'aider la nature.

L'irrigation nasale ne peut pas avoir un puissant effet antiseptique, en raison du faible pouvoir bactéricide des solutions employées et du peu de durée de leur contact avec la muqueuse, mais elle agit comme agent mécanique en expulsant une grande partie de mucosités accumulées dans le rhino-pharynx.

Un facteur trop souvent méconnu ou ignoré de l'action modificatrice de la solution, c'est la température.

La température de 35 à 37° à laquelle on recommande de tenir la solution est indifférente à la muqueuse nasale ; si, au contraire, le liquide est à 45°, à 50° centigrades, température qui est fort bien supportée si le lavage est bien fait, il agit puissamment sur la congestion des cornets qu'il diminue et produit une sensation d'élargissement des fosses nasales des plus agréables quand le nez est resté obstrué un certain temps.

C'est à cause de cet effet que nous l'avons recommandée dans le coryza aigu dont il arrête la marche, si l'irrigation est faite dès le premier jour; si le traitement est commencé plus tard, il n'enraye pas la marche du coryza, mais en atténue considérablement les incommodités parfois si gênantes et en abrège la durée.

L'irrigation nasale est donc inoffensive si elle est pratiquée prudemment et suivant certaines règles que nous indiquerons ultérieurement.—A. Courtade. — *Ancien assistant d'oto-laryngologie.*

GYNÉCOLOGIE

De l'injection intra-utérine du sérum gélatineux de Lancereaux en gynécologie. — Le sérum gélatineux employé par M. Lancereaux et par M. Huchard dans le traitement des anévrysmes, a été appliqué au traitement de certaines hémorrhagies, en particulier des hémorrhagies génitales.

M. Siredey, en 1898, a combattu efficacement des métrorrhagies en appliquant à l'entrée du col un tampon imbibé de sérum gélatineux et par dessus un large tampon imbibé et non exprimé. Dans l'hémorrhagie post partum, il recommande d'injecter directement le liquide dans la cavité utérine. Dans les hémorrhagies à répétition, pour éviter l'application du tampon, il a fait des injections vaginales en maintenant le siège élevé, de manière à ce que le liquide ne ressorte pas et reste en contact avec le col. Ce procédé conviendrait surtout aux hémorrhagies de la grossesse où il faut éviter d'irriter le col par des tamponnements.

Voici la formule employée par M. Siredey :

Chlorure de sodium.....	7 gr.
Eau distillée..	1 litre.
Gélatine....	50 à 100 gr.

Stériliser deux fois à l'étuve à 100° pour pouvoir conserver longtemps la préparation qui est solide à froid ; il suffit de la plonger dans le bain-marie avant de s'en servir.

M. Dalché rapporte la même année l'observation d'une malade atteinte de cancer de l'utérus avec métrorrhagies, à laquelle il fit un tamponnement avec des tampons imbibés de sérum gélatineux.

M. le Dr Bourcart (*Rev. Méd. de la Suisse Rom.* 1900), rapporte les observations de diverses malades atteintes de métrites, de paramétrite avec salpingo-ovarite, de rétroflexions de fibromyome interstitiel, présentant toutes des métrorrhagies plus ou moins abondantes qu'il arrêta par des injections intra-utérines de sérum gélatineux.

Il emploie du sérum à 2°/oo de gélatine, dont il injecte 15 c. c. dans la cavité utérine au moyen de la sonde de Braun. Il a d'abord employé du sérum porté à une température de 39 à 40°, puis, pour qu'on ne puisse attribuer à l'effet d'une injection chaude le phénomène de l'arrêt de l'hémorrhagie, il ne l'a plus injecté que tiède et même une fois à 20° environ. L'auteur n'a jamais observé à la suite de l'injection de douleurs, de crampes utérines ou d'élévation de température.

Après l'injection les malades doivent être tamponnées légèrement avec de la gaze et autant que possibles rester étendues pendant quelques heures.

Sans doute, cette méthode n'est pas infaillible, mais elle mérite d'être prise en considération, surtout dans les cas où l'hémorrhagie est le seul symptôme dictant une intervention, alors qu'en l'arrêtant on peut rester conservateur absolu; tel est le cas de fibromyomes et dans ce cas, l'injection devrait, d'après M. Bourcart, être pratiquée, dès que les règles apparaissent. — J. H. M.

CLINIQUE MÉDICALE

Y a-t-il une dyspepsie salivaire? — Quelques années après que Leuchs eut découvert le pouvoir saccharifiant de la salive, Donné, en 1836, avait pensé que la salive devait subir le contre-coup des affections de l'estomac. Plus tard, en 1870, Coutaret admit que 10 0/0 des dyspepsies sont dues à des modifications des propriétés digestives de la salive. On sait, d'autre part, en quelles relations étroites sont

Digitized by Google

l'état de la bouche et de la langue, et celui du reste du tube digestif; on sait aussi que la diastase salivaire isolée par Miahle en 1845, est analogue au ferment amylolytique du pancréas (Bouchardat et Sandras).

On est donc en droit de se demander s'il y a des dyspepsies salivaires comme il semble y avoir des dyspepsies gastriques, intestinales ou pancréatiques.

G. Robin *(Thèse de Paris 1900)*, a cherché à résoudre cette question par l'examen attentif des opinions des auteurs et par des expériences personnelles.

L'action saccharifiante de la salive se manifeste plus rapidement sur l'amidon cuit ou empois que sur l'amidon cru, parce que, dans le premier, l'enveloppe externe a éclaté sous l'influence de la cuisson, de sorte que la diastase peut agir sur la partie centrale ou granulose plus tendre que la partie périphérique du grain d'amidon. L'action est surtout active entre 36° et 40°.

La réaction de saccharification consiste, suivant Bourquelot, en une dégradation de l'amidon, qui s'hydrate et se transforme en dextrine et maltose.

Brücke, puis Musculus et Meyer ont observé la succession des phénomènes suivants :

1° Fluidification de l'empois par formation de dextrines solubles qui donnent une coloration bleue intense avec l'eau iodée.

2° Erythrodextrine, qui donne une coloration rouge avec l'eau iodée.

3° Achroodextrines qui ne donnent pas de coloration.

4° Maltose qui n'est pas colorée.

5° Glucose qui n'est pas colorée.

Chittenden et Herbert Smith ont admis que la quantité de substances réductrices fournies dans le mélange d'empois et de salive est proportionelle à la quantité de ferment contenue dans ce mélange. Cette proposition forme la base des recherches entreprises par les divers auteurs.

Après l'observation très incomplète de Salkowski 1887, Romaro fit une étude plus complète des propriétés fermentatives de la salive (1889). Il conclut que le pouvoir saccharifiant est diminué dans les dyscrasies; qu'il est conservé dans les cirrhoses hépatiques et l'ictère grave, malgré l'état dyscrasique qui accompagne les maladies du foie; qu'il est conservé dans les maladies du cœur; diminué à la fin de la maladie dans le diabète.

Coronedi, en 1889, note que le pouvoir diastasique de la salive ne diminue pas dans les états irritatifs de l'estomac; qu'il est parfois augmenté, mais très peu.

Schlesinger (1891) conclut de ses recherches que le pouvoir saccharifiant de la salive, chez les sujets normaux, peut varier de 1/6 et même de 1/5, sans qu'on en trouve la cause. Chez des sujets malades, il a vu le pouvoir très diminué dans un cas de tuberculose avec cachexie et un cas de diabète, normal ou légèrement diminué dans le diabète, la dyspepsie, l'ulcére rond, le cancer du tube digestif, les affections du foie, la tuberculose pulmonaire; normal dans les néphrites, la fièvre typhoïde, la salivation mercurielle, la paralysie spinale.

Jawein 1892, admet que dans les maladies fébriles légères, la quantité de salive augmente, le pouvoir diastasique reste à peu près normal; dans les fièvres graves, la salive diminue, le pouvoir augmente insuffisamment pour compenser la diminution de sécrétion; dans les états très graves, salive et pouvoir amylolytique diminuent, d'autant plus que l'état est plus grave.

Enfin, Schule 1899, conclut que le pouvoir amylolytique varie considérablement avec les individus, avec la manière dont on recueille la salive (écoulement naturel, mastication d'une éponge); et que l'action de la salive sur la digestion semble consister sur tout à exciter la sécrétion et la motilité gastriques.

G. Robin, expérimentant sur sa propre salive, a vu que les quantités de salive sécrétées, comme le pouvoir amylolytique, varient d'un moment à l'autre; que le pouvoir diminue quand la quantité de salive augmente; que les variations de la quantité de salive sécrétée ont plus d'importance que les variations du pouvoir diastasique.

Expérimentant ensuite les salives pathologiques, il remarqua que la quantité de salive sécrètée est souvent abaissée, mais que le pouvoir amylolytique varie fort peu.

De toutes ces recherches, on peut conclure qu'il n'y a pas de dyspepsie salivaire par diminutions, du pouvoir saccharifiant de la salive, qu'il n'existe pas en un mot, de véritable dyspepsie salivaire, comparable à la dyspepsie gastrique, par insuffisance chlorhydropeptique.

Cependant, les troubles de la sécrétion salivaire peuvent intervenir dans la genèse des dyspepsies, soit à cause de la préparation insuffisante des aliments par la mastication, soit à cause de l'absence d'excitation réflexe de la muqueuse gastrique par la salive. — E. L. M.

Bactériologie de la grippe. — En 1890, Pfeiffer remarqua dans les crachats des grippés une multitude de petits bacilles colorables par la fuchsine phéniquée, ne prenant pas le gram et se présentant sous des formes très variables (coccus, bacilles, filaments). Ces microbes ne poussent pas sur les milieux ordinaires; ils poussent sur les tubes de sérum auquel on ajoute du sang ou simplement de l'hémoglobine.

Digitized by Google

Les colonnes sont très fines, transparentes, arrondies, visibles à la loupe. Le bacille est aérobie, se développe de 27° à 43°, et périt rapidement par dessiccation.

Pfeiffer le trouve dans les crachats, le suc pulmonaire, jamais dans le sang des grippés, contrairement à Carnon.

En 1897, Meunier étudie dix cas de broncho pneumonie infantile dus au bacille de Pfeiffer. Il vérifie les caractères donnés par Pfeiffer au cocco-bacille, sa petitesse, la difficulté des cultures et des repiquages. Mais il trouve le microbe dans le sang pendant la vie 4 fois sur 8.

Grassberger étudie, après Piélicke et Klein, les formes d'involution du mibrobe. Sur sérum-sang, il obtient des formes très irrégulières, avec des renflements en crosse, en poire ou en fuseau.

Puis il étudie l'influence des microbes associés sur le développement des colonnes du bacille de Pfeiffer et montre que le staphylocoque favorise la production des cultures de ce bacille par les produits qu'il sécrète et laisse diffuser autour de lui. Chaque fois que des tubes de bacilles de Pfeiffer sont infectés par un microbe quelconque il se développe des colonies géantes de cocco-bacilles.

Meunier montre que cette propriété satellitique peut être utilisée pour obtenir des cultures abondantes du bacille de Pfeiffer, et conseille le procédé du surpiquage : ensemencer d'abord en nappe sur gelose-sang le cocco-bacille; puis lorsque le tube est sec, faire un ensemencement punctiforme de staphylocoque en trois points du tube.

Rosenthal (*Thèse de Paris,* 1900) étudie aussi un certain nombre de broncho-pneumonies causées par le bacille de Pfeiffer et vérifie la plupart des caractères de coloration et de culture indiqués par les précédents auteurs. Cependant il observe une vitalité assez grande du microbe, surtout dans les cultures impures. D'ailleurs Dujardin Beaumetz a pu conserver le microbe vivant près de deux mois en sac de collodion, dans le péritoine des lapins.

Rosenthal conseille comme milieu liquide le sérum qui a dissous de l'hémoglobine.

Pfeiffer a inoculé son cocco-bacille à des singes. Dans un cas, l'animal est mort avec un abcès rétro-trachéal; dans 5 autres cas, les animaux ont eu seulement un peu de fièvre; dans un dernier cas, l'inoculation dans la trachée fut mortelle. De même l'inoculation intraveineuse à haute dose est mortelle pour le lapin. La souris est tuée par les injections sous-cutanées; le cobaye résiste bien.

Grassberger a tué des cobayes par inoculation intra-péritonéale; mais, comme Pfeiffer, il n'a pas observé d'infection véritable, avec multiplication du cocco-bacille.

Meunier constate que le cobaye, le chien, le pigeon, la souris, la grenouille, résistent bien à l'inoculation; seul le lapin est tué lorsqu'on inocule des doses considérables.

Elmassian a constaté au contraire que le lapin résistait bien et que le cobaye inoculé dans le péritoine mourait.

Rosenthal n'a pu amener la mort chez les animaux qu'en employant des cultures mixtes.

Pfeiffer avait déjà distingué un vrai et un pseudo-bacille de l'influenza plus volumineux que le premier et donnant naissance à de nombreux filaments dans les cultures.

Grassberger distingue deux espèces A et B, correspondant aux deux variétés de Pfeiffer et présentant de nombreux termes de passage qui en rendent la distinction difficile.

Elmassian hésite à identifier son microbe au bacille de Pfeiffer, parce qu'il pousse sur le parasite.

Rosenthal repousse l'existence du pseudo-bacille de l'influenza et admet l'unité du type cocco-bacille qu'il propose de dénommer cocco bacille hémophile.

Mais il n'admet point la spécificité de ce microbe. En effet, le cocco-bacille n'existe pas dans tous les cas de grippe, et Pfeiffer, lui-même, n'a pu le retrouver dans les derniers cas qu'il a étudiés; Rosenthal ne l'a pas trouvé dans six cas de grippe. D'autre part, le cocco-bacille a été rencontré dans l'expectoration de pneumoniques, de tuberculeux, dans la flore des cavernes pulmonaires, en dehors de la grippe.

Ce microbe est donc un germe habituel de la flore pathologique du poumon, mais il n'est pas le microbe de la grippe, qui reste encore à découvrir, si tant est qu'il existe. — E. L. M.

Influence de l'alimentation sur la sécrétion de l'acide chlorhydrique chez l'homme. — En général, les auteurs allemands conseillent un régime riche en albuminoïdes dans l'hypersécrétion acide de l'estomac parce que les albumines fixent une grande quantité d'H.Cl; pourtant ces dernières années Riegel, Boas, Rosenheim, pour ne citer que les noms les plus autorisés, admettent le lait, les bouillies, le cacao, les biscuits, le sucre, dans le régime des hyperchlorhydriques, comme nous le faisons d'ailleurs en France. Jurgensen, de Copenhague, ayant trouvé dans son collaborateur Justessen, un sujet de bonne volonté, l'a soumis à un régime mélangé de viande (albumine) et de pain (hydrate de carbone) dans des proportions diverses : il dosait l'acidité et la chlorhydrie au bout de 60, 90, 128, 150, 180 et 210 minutes; mais comme la quantité ingérée n'était pas suffisante pour permettre un tubage en série, et comme

Digitized by Google

l'introduction répétée de la sonde stomacale aurait troublé l'évolution de la digestion, le sujet était tubé le premier jour après 60 minutes, le second après 90 minutes, et ainsi de suite (*Zeitschrift für diet und physikal. Therap.*) La première série de tubages fut faite après un repas composé de 100 grammes de pain et 125 grammes de lait, la seconde après 100 grammes de pain et 50 grammes de viande maigre, la troisième après 75 grammes de pain et 75 grammes de viande. la quatrième après 50 grammes de pain et 100 grammes de viande, la cinquième enfin après 150 grammes de viande. Plus la viande augmentait dans le repas, plus l'acidité se trouvait élevée. Il est vrai que le sujet avait habituellement après le repas d'épreuve une acidité et une chlorhydrie un peu élevée mais non pathologique: il pouvait donc être considéré comme digérant normalement.

Sans attacher trop d'importance à ces recherches expérimentales, il sera utile de s'en souvenir quand on réglera le régime des hyperpeptiques. — Bd.

Influence de la température élevée sur la blennorrhagie. On sait que le gonocoque est très sensible à la chaleur et que les cultures meurent à des températures de 41 à 45°. Abutkow a vu plusieurs fois la guérison de la blennorrhagie du jour au lendemain ou au moins la disparition du gonocoque de l'écoulement, quand une maladie intercurrente provoquait de la fièvre dépassant 40°. Une entérite aiguë. des prostatites, une pyélite mirent un terme rapide à l'uréthrite gonococcique (Wratsch, 1898).

Cette observation vient donner un point d'appui à la méthode de traitement de la chaude-pisse indiquée par Quincke et Salomon ; elle consiste à appliquer un cataplasme autour de la verge et à le chauffer à l'aide d'un appareil approprié jusqu'à 39 et 40°. Quand on réussit à faire monter la température intrauréthrale à 40 et à 41°, on voit effectivement les gonocoques disparaître ; mais l'uréthrite exige néanmoins un traitement supplémentaire pour guérir. (*Zeitschrift f. diet. und physikal. Therapie.*) — Bd.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La saignée et la transfusion saline hypodermique dans les maladies toxiques et infectieuses graves. — M. Raynaud, dans un travail des plus intéressants (*Arch. prov. de méd.* 1900), vient de mettre au point cette question de thérapeutique si importante ; nous résumerons ses conclusions.

La saignée, par son action déplétive et curative est certainement le meilleur mode de désintoxication mécanique dans toutes les affections se traduisant par un empoisonnement grave du sang ; aussi ne doit-elle être ni abandonnée, ni redoutée. Comme l'a dit M. Huchard, loin d'être considérée comme une méthode de traitement propre à certaines affections, elle doit rester seulement une médication d'urgence, capable de lutter avantageusement, d'une façon rapide, mais non durable, contre les phénomènes graves d'origine mécanique et toxique. *Seules* les injections salines *hypodermiques* doivent être utilisées dans le traitement des intoxications et des infections médicales; leurs résultats, quoique moins rapides, sont aussi complets et aussi durables que ceux des injections intra-veineuses dont elles ne présentent pas les inconvénients.

Dans les hémorrhagies médicales, dans le collapsus algide, dans l'ataxo-adynamie des infections graves à forme typhoïde, dans la dysentérie on peut injecter des doses massives, mais avec prudence ; on devra toujours s'inquiéter de l'état du cœur et des reins.

Les doses faibles et fractionnées, ainsi que les lavements salés froids peuvent être sans crainte appliqués dans les infections et les intoxications, toutes les fois qu'il existe de l'hypotension vasculaire, de l'adénopathie profonde, lorsque l'état menace de s'aggraver considérablement et qu'on constate un trouble dans le fonctionnement des émonctoires. Employées systématiquement dès le début de la maladie, les quantités modérées (150 à 500 grammes par jour) ont souvent une action très nette sur la marche générale et sur la durée de l'infection.

Dans les toxémies, dans les infections graves, la saignée-transfusion (saignée suivie d'injection massive), sans exclure les autres médications lorsqu'elles peuvent être utilisées, est capable de rendre les plus grands services et d'amener parfois la guérison. Ses effets seront bien plus grands et bien plus sûrs si l'on n'attend pas au dernier moment pour l'appliquer.

Dans les cas où l'affaissement est extrême et l'hypotension trop marquée pour tenter la saignée, la méthode combinée est encore applicable, en employant simultanément et à doses égales l'injection sous-cutanée et l'émission sanguine. Cette dernière méthode qui est absolument inoffensive, donne, si on la compare au lavage du sang et même à la saignée-transfusion, des résultats plus rapides et surtout plus durables, sans jamais provoquer les troubles divers que l'on observe à la suite des deux premiers procédés. — J.-H.-M.

Traitement de la coqueluche par l'antitussine — Heim (*Berlin. Klin. Woch.*, 11 déc. 1899) donne le nom d'antitussine à une composition formée de :

Difluor diphényle	5
Vaseline	10
Lanoline	85

qu'il applique sur le cou, la poitrine et le dos entre

Digitized by Google

les omoplates et qu'il fait pénétrer par une friction avec la paume de la main. La quantité employée est équivalente à la grosseur de trois noisettes chaque fois ; une friction par jour.

Grâce à cette méthode, Heim a obtenu de bons résultats dans la coqueluche et même dans la laryngite aiguë. — E.-L.-M.

MÉDECINE INFANTILE

La céphalalgie uricémique chez les enfants. — Depuis le mémoire publié en 1875 par Gigot-Suard, comme l'a rappelé M. Huchard, l'uricémie et ses méfaits ont été surtout étudiés par les médecins américains, par Rachford (1898), par Upshur, par John Dunn, etc. M. Comby, en 1900, a mis en lumière un symptôme particulier de l'uricémie chez les enfants, la céphalalgie. H. Caussade a consacré sa thèse à l'étude de ce symptôme ; c'est à ce travail que nous empruntons les renseignements qui vont suivre.

La céphalalgie des uricémiques se présente dans les conditions suivantes : un enfant, le plus souvent nerveux et fort, est pris tout à coup, daus le cours d'une excellente santé, ou après quelques malaises, d'une céphalalgie douloureuse, pénible, atroce. L'intensité des crises est très variable ; leur durée ne l'est pas moins : tantôt elle a la rapidité de l'éclair, tantôt elle dure 15 ou 20 minutes, tantôt enfin elle persiste de longs mois. Ces crises ne s'accompagnent jamais, comme les crises de migraines, de vomissements et de nausées. Il y a seulement quelquefois du pyrosis dans l'intervalle ou au moment des crises. La céphalée est diffuse et n'est pas comme dans la migraine limitée à une moitié de la tête.

Les crises reviennent périodiquement tous les mois ou tous les deux mois ; dans l'intervalle des accès, la santé est excellente. Cependant on note quelquefois d'autres manifestations de la diathèse urique et des stigmates nerveux. Certains enfants ont des soubresauts, de la toux nerveuse, d'autres ont de l'eczéma.

Tous ces enfants sont issus de parents arthritiques, goutteux, eczémateux, migraineux, obèses, néphrétiques ou atteints de dermatoses tenaces et prurigineuses. L'hérédité joue donc un rôle prédominant dans l'étiologie de la céphalée uricémique des enfants. A côté d'elle, il faut faire place à l'alimentation défectueuse ; tous ces enfants sont de gros mangeurs ou de grands buveurs, des enfants qui prennent du café, du cognac même.

Sous l'influence de l'hérédité et de l'alimentation défectueuse et trop abondante, l'enfant utilise incomplètement et imparfaitement les aliments : le foie et les reins sont surchargés de besogne ; les déchets de la suralimentation et les transformations vicieuses des aliments irritent les divers organes et portent leur action sur le cerveau, les reins, le tube digestif, le poumon même. Ainsi naît une véritable diathèse urique, avec accumulation d'acide urique en excès dans le sang et dans les urines.

Malheureusement les analyses de sang et d'urines manquent pour établir le fondement de cette pathogénie. Dans la première observation de Caussade, la proportion d'acide urique est sensiblement normale, dans la quatrième observation, elle est faible ; dans les deuxième et troisième observations, la quantité d'acide urique n'a pas été recherchée.

En résumé, ainsi que le reconnaissait M. Comby lui-même, la pathogénie de cette céphalalgie est encore mal connue. On incrimine l'acide urique, mais on ne sait pas comment il agit, ni s'il agit seul et si les bases xanthiques, les leucomaines ne jouent pas un certain rôle Enfin on ne prouve même pas que l'cide urique soit toujours augmenté, Cependant, M. Huchard étudiant le cœur uricémique (1). puis la bronchite et les congestions pulmonaires des uricémiques (2), se range à l'opinion de M. Harz qui reconnaît à l'acide urique des propriétés vaso-constrictives.

Dans l'hypothèse de Rachfort, de Comby, le traitement doit être dirigé contre l'uricémie.

Tout enfant qui possède un lourd héritage arthritique doit être soumis à un hygiène convenable. On prolongera l'allaitement naturel ou artificiel et on se gardera de permettre trop tôt l'alimentation carnée. On refusera longtemps les viandes rouges, les mets épicés, les sauces de haut goût. On recommandera surtout la sobriété : repas réguliers et en petit nombre, mets faciles à digérer, pas de vins ni de boissons alcooliques, de l'eau ou du lait comme boisson. Régime végétarien mitigé : viandes blanches, poissons, œufs, laitage, légumes farineux, fruits cuits, etc. User très modérément du thé et du café. Interdire la charcuterie, le gibier, les salades et crudités ; l'oseille, la rhubarbe, les asperges, les tomates, le bouillon, les extraits de viande, les rognons, le foie et le pâté de foie gras.

Une règle générale, c'est de prendre de l'eau potable en très grande quantité. Si la constipation est habituelle, l'eau sera bue chaude, par petites gorgées, une demi-heure avant chaque repas, et à l'heure du coucher. S'il n'y a pas de constipation, boire de l'eau fraîche, jamais glacée, à partir d'une heure et demie après le repas jusqu'à une demi-heure avant le repps suivant. Combattre la constipation par des lavements, par le régime des légumes verts, des fruits cuits.

(1) H. Huchard. — Rapport sur les myocardites (*Congrès de Lille*, 1899).

(2) H. Huchard. — (*Journal des Praticiens*, juillet 1900.)

Digitized by Google

L'exercice est très nécessaire. Heffron conseille la bicyclette, les jeux, le lawn-tennis, le ballon, etc. Comby prescrit la vie au grand air, le séjour à la campagne et défend la claustration prolongée, la sédentarité, le surmenage cérébral.

Si la faiblesse est trop grande pour permettre les exercices physiques, on recourra aux mouvements et au massage suédois.

Un bain journalier est nécessaire. Un bain d'air chaud ou de vapeur d'eau une fois par semaine ou davantage nettoie la peau et soulage les reins en débarrassant l'organisme d'une grande quantité de déchets azotés. Les fonctions de la peau peuvent encore être excitées par le tub, le drap mouillé, les frictions sèches ou alcooliques.

L'hygiène résume, presque à elle seule, le traitement. Elle pourra être aidée cependant par quelques médicaments. Les alcalins (bicarbonate de soude ou de potasse, citrate de potasse, magnésie; carbonate ou benzoate de lithine 0,02 centig. par et par année d'âge) sont recommandés par M. Comby; on les donnera à doses modérées pendant 10 ou 15 jours de suite. Après un repos d'égale durée on y ajoutera la noix vomique (un centigr. de poudre par jour et par année d'âge au maximum). On peut prescrire comme M. Comby :

Bicarbonate de soude	àà vingt centigr.
Magnésie calcinée	
Poudre de noix vomique. .	trois centigr.

pour un paquet n° 20.

Un paquet matin et soir, avant chaque repas, dans une cuillerée d'eau sucrée ou de lait ; pour un enfant de six ans.

Heffron craint l'usage prolongé de la lithine pour le tube digestif. Dans l'uricémie prolongée il administre des salicylates à petites doses, fortement dilués, deux ou trois fois par jour.

Enfin les eaux minérales alcalines, les eaux diurétiques sont utiles. — E. L. M.

De l'ichtyose fœtale. — Cette affection n'est pas très fréquente, cependant le Dr Firmin (Th. Paris 99) en a réuni trois observations. C'est une difformité de la peau que l'on observe soit à la naissance, soit peu de temps après, et qui se développe probablement aux environs du 4e mois de la vie intra-utérine; elle est caractérisée par la présence sur tout le corps de plaques épidermiques plus ou moins épaisses et colorées, séparées par des sillons de profondeur variable; ces plaques, plus nombreuses en certains points, tombent mais ne tardent pas à se reproduire. Aux lésions cutanées se joignent le plus souvent des malformations du côté des orifices.

La peau, de coloration sale, semble avoir été enduite de collodion ou de matière sébacée; les plaques écailleuses sont limitées par des sillons plus ou moins profonds, rougeâtres; sillons qui sur le crâne sont généralement antero-postérieurs, alors qu'ils sont circulaires au niveau du cou et que sur la face ils rayonnent autour des orifices. Ils sont circulaires au niveau des membres, mais ne présentent rien de régulier sur le tronc.

La face est méconnaissable; il n'y a pas de saillie nasale, mais seulement deux trous encombrés de masses épidermiques; les paupières cachent les globes oculaires qui ont l'air de manquer; la bouche ouverte est entourée de sillons; les oreilles sont à peine dessinées.

Les organes génitaux sont rudimentaires, les ongles mal développés, cachés sous des amas épidermiques.

Les lésions, d'après Firmin, sont les suivantes : augmentation considérable de l'épaisseur de la couche cornée; lésions peu considérables et mal définies du corps muqueux; intégrité du derme; en somme hyperkeratose très marquée.

Il faut noter qu'il existe des formes atténuées reliant l'ichtyose fœtale à l'ichtyose ordinaire et dans lesquelles la survie est possible.

Cette maladie est toujours grave, le plus souvent mortelle; on a vu cependant des cas de survie avec amélioration notable.

Comme traitement, l'auteur recommande la propreté la plus rigoureuse, les bains antiseptiques, les onctions répétées avec la glycérine ou la vaseline.

J. H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Epidémies de peste au Japon. — M. Vallin fait un rapport sur un mémoire du docteur Kitasato, de Tokio, dans lequel cet auteur étudie deux épidémies de peste qui éclatèrent à la fin de l'année 1899 à Kobé et à Osaka. La maladie fut importée par un navire venu de Formose à Kobé, d'où elle se propagea à Osaka. Sur 69 cas dans ces deux villes, 63 furent mortels, parmi lesquels nous relevons 3 cas mortels chez des médecins et 3 autres chez des parentes de médecins.

Les rats paraissent avoir joué dans ce développement de ces deux épidémies un rôle important, un grand nombre furent trouvés morts, et infectés par le bacille pesteux. La contagion directe prr ces animaux a été établie dans quelques cas.

Grâce à une prime 10 centimes par rat mort ou vivant, 35.000 de ces rongeurs furent détruits dans les deux villes contaminées. Des mesures sévères de désinfection et d'isolement furent prises et à la fin du troisième mois, l'épidémie était enrayée.

Digitized by Google

Prolapsus du rectum. — M. Delorme présente un malade qu'il a guéri d'un prolapsus total du rectum par l'excision circulaire de la muqueuse du cylindre invaginant et d'une partie du cylindre invaginé. (*2 octobre*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Calculs urétraux et péri-urétraux. — M. Guinard analyse deux observations de M. Pluyette de Marseille. Dans l'une, il s'agit d'un garçon de 20 ans, qui depuis des années, présentait sous le pénis, près du scrotum, une petite tumeur ulcérée en son centre. Aucun écoulement par cet orifice ; il est aisé de reconnaître que cette tumeur est constituée par un calcul assez volumineux, recouvert de la peau. Le canal de l'urètre est libre. Une incision de 2 centimètres permit d'énucléer le calcul. Celui-ci était logé dans une poche tapissée de muqueuse, communiquant avec le canal par un orifice elliptique de 2 cent. de long. Résection de la poche et suture sonde à demeure : guérison.

Dans le second cas, il s'agit d'un calcul, long de 48 millimètres pesant 16 gr. et logé dans la portion bulbaire du canal, chez un homme de 45 ans.

Mictions très difficiles, dureté du périnée, cathétérisme impossible ; extraction par l'uréthrotomie externe et guérison. Aucune espèce de rétrécissement n'existait plus chez ces deux malades. La pathogénie de la formation de ces calculs reste très obscure.

Lithiase biliaire, choledocotomie. — M. Lejars fait un rapport sur une observation de M. Sierra, de Santiago du Chili. Il s'agit d'une femme de 34 ans atteinte de lithiase biliaire, depuis 13 ans : crises fréquentes, ictère chronique par obstruction du choledocoque, développement considérable de la vésicule que l'on sentait sous le foie émaciation extrême.

Laparotomie médiane ; ablation de la vésicule, petite, mais bourrée de calculs ; puis incision du choledoque pour en extraire un gros calcul, et double place de sutures au catgut pour fermer ce conduit. Drainage du champ opératoire. Les suites opératoires furent simples. L'ictère disparut très-vite. L'opérée, au bout de quelques mois avait engraissé et repris une santé excellente.

Lipome du mésentère. — M. Latouche, d'Autun, communique une observation de lipome du mesentère, pesant 6 kil.500, enlevé après laparotomie-guérison — (*3 octobre*).

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic et traitement des maladies de la peau, par le Dr C. Barbe, chef du laboratoire dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, préface du Dr Gaucher, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Un vol. chez Baillière, éditeur.

Ce manuel de diagnostic et de thérapeutique des maladies cutanées comprend deux parties.

La première a trait au diagnostic général, c'est-à-dire à la manière d'interroger le malade et surtout de l'examiner avec tous les moyens naturels ou artificiels dont nous disposons et à la thérapeutique générale, qui comprend toutes les médications employées contre les maladies cutanées et toutes les petites opérations dermatologiques.

La seconde partie concerne le diagnostic et le traitement de chaque maladie. Dans cet exposé des différentes dermatoses, l'auteur a suivi la classification morphologique, qui est la plus simple. Les lésions élémentaires primitives de la peau forment autant de chapitres distincts ; chaque chapitre comprend des articles différents en rapport avec les données étiologiques.

A propos de chaque dermatose, l'auteur a décrit aussi complètement que possible les caractères de chacune d'elles, caractères qui permettent d'en faire le diagnostic ; puis il a insisté sur le diagnostic différentiel des maladies de la peau entre elles.

Quant à la thérapeutique cutanée, il s'est appliqué à décrire longuement les traitements qui ont fait déjà leurs preuves.

Ce volume, très simple et très pratique, fait le plus grand honneur à son auteur.

Comment on se défend contre les maladies d'estomac, la lutte contre les gastralgies et les dyspepsies, par le Dr Victor Aud'hui, médecin de l'Hôtel-Dieu. 1 vol. *Soc. d'Edit. Scient.*, prix 1 franc.

L'homme qui digère mal ou souffre de l'estomac pense de travers, devient bizarre, morose, irascible, désagréable à lui-même, odieux aux autres. Il remplit inégalement, imparfaitement son emploi. Enfin s'affaiblissant par degré, il est la proie de toute indisposition, de toute maladie et il abrège lui-même une existence rendue précaire. Il faut donc savoir gré à M. Aud'hui, qui, en nous indiquant l'hygiène et les remèdes qui guérissent les maladies d'estomac *primitives*, nous délivre de tous ces maux.

Formulaire d'hydrothérapie et de balnéothérapie, par le Dr O. Martin, ancien chef de clinique médicale à l'Université de Lyon. Un vol. chez Baillière, éditeur.

Voici un aperçu des matières traitées dans ce formulaire d'hydrothérapie.

Hydrothérapie froide. — *Hydrothérapie générale :* procédés sans percussion et avec percussion. *Hydrothérapie froide générale :* cas où il convient d'employer l'eau tiède. *Hydrothérapie froide locale :* procédés sans percussion et avec percussion. *Matériel hydrothérapique.*

Hydrothérapie chaude. — *Hydrothérapie chaude générale :* procédés sans percussion et avec percussion. *Hydrothérapie chaude :* applications locales ; procédés employant l'eau à l'état de vapeur.

Hydrothérapie combinée. — Hydrothérapie interne et adjuvants de l'hydrothérapie. Procédés combinant l'hydrothérapie froide et chaude. Hydrothérapie interne. Adjuvants de l'hydrothérapie.

Thérapeutique hydrothérapique. — Considérations générales sur la cure hydrothérapique. Comment on formule les prescriptions hydrothérapiques. L'hydrothérapie dans les affections chirurgicales et en gynécologie. L'hydrothérapie dans les maladies internes. L'hydrothérapie dans le traitement des maladies infectieuses aiguës.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 252, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des labyrinthites

Par le Dr Maurice BOULAY, *ancien Interne des Hôpitaux*

Les symptômes labyrinthiques peuvent s'observer dans deux conditions principales :

1° A la suite de lésions *extra-labyrinthiques* retentissant sur l'oreille interne par l'intermédiaire de la circulation, du système nerveux, de changements de pression intra-labyrinthique; les modifiations subies par le labyrinthe sont alors transitoires, au moins au début et lorsque l'influence morbide ne se renouvelle pas trop souvent ou ne se fait pas sentir d'une façon trop prolongée.

Pour la commodité de la description, on peut classer les symptômes labyrinthiques de cet ordre, qui sont dus à de simples modifications fonctionnelles de l'oreille interne, sous le nom de *labyrinthisme* (Gellé), par opposition aux troubles de même nature dus à des lésions proprement dites de l'oreille interne, que nous engloberons sous le nom de *labyrinthite.*

2° A la suite de lésions *intra-labyrinthiques* : traumatisme, hémorragie, inflammation aiguë ou chronique, néoplasme, etc., qui constituent la labyrinthite.

Cette distinction artificielle entre le labyrinthisme et la labyrinthite présente une grande importance au point de vue du traitement, puisque, dans le premier cas, nous n'aurons à traiter que la cause ; c'est elle qu'il faudra découvrir et guérir ; dans le second, il faudra traiter la lésion.

Peut-on distinguer facilement un cas de labyrinthite d'un cas de labyrinthisme ? Loin de là : la chose n'est pas commode. En réalité, on ne fait aisément le diagnostic :

1° De *labyrinthisme*, que lorsque l'examen objectif fait trouver dans l'oreille externe ou dans l'oreille moyenne une lésion expliquant les symtômes ;

2° De *labyrinthite*, que lorsque le syndrome de Ménière (surdité, bourdonnements, vertiges) apparaît au cours d'une maladie connue pour la fréquence de ses localisations labyrinthiques. C'est ainsi qu'on pensera : *a*) à une hémorragie intra labyrinthique, si le syndrome se manifeste à la suite d'une fracture de la base du crâne, d'un changement subit de pression dû à une explosion ou au passage brusque de l'air comprimé à l'air normal, en cas d'athérome artériel prononcé ; *b*) à une inflammation banale, si le malade est atteint d'une suppuration d'oreille avec carie de la capsule labyrinthique, s'il a été victime d'un traumatisme opératoire accidentel (ouverture du canal semi-circulaire horizontal au cours d'un évidement), si sa profession l'expose à l'action continue ou répétée de bruits intenses (otite interne professionnelle) ; *c*) à une lésion spécifique, s'il est atteint de syphilis, d'oreillons, de méningite cérébro-spinale, de leucémie, etc.

C'est surtout ici que la tâche du médecin est ingrate : les succès thérapeutiques sont fort rares, parce qu'on arrive presque toujours trop tard, les éléments essentiels de l'oreille interne étant si délicats que les lésions les plus minimes suffiront à les détruire irrémédiablement en quelques heures.

Le plus souvent l'affection labyrinthique, quelle qu'elle soit, procède par accès : l'accès peut être unique ou se répéter un nombre de fois plus ou moins considérable, à intervalles plus ou moins éloignés. Artificiellement, on peut distinguer dans l'évolution de l'affection trois périodes auxquelles s'appliquent trois modes de traitement différents : la phase aiguë, la phase subaiguë et la phase chronique.

1° PHASE AIGUE. TRAITEMENT DES ACCÈS. — Nous supposons un accès de vertige de Ménière au complet avec nausées, vomissements, bruits subjectifs, surdité.

A. *Pendant l'accès.* — Mettre le malade au lit et le lui faire garder tant qu'il existe des troubles permanents de l'équilibre ; il s'y remuera le moins possible et choisira la situation (décubitus dorsal, abdominal ou latéral, du côté sain ou du côté malade) où les sensations vertigineuses sont minima ; il y a à cet égard de grandes variations individuelles.

En cas de tendances lipothymiques, on passe sur le visage un mouchoir ou une éponge imbibée d'eau fraîche et l'on fait respirer quelques gouttes d'éther.

S'il y a des nausées ou des vomissements persistants, on fait prendre quelques cuillerées d'eau chloroformée, un peu de champagne glacé, une potion de Rivière.

L'organe de l'ouïe est mis au repos absolu : il y aura donc le moins de monde possible autour du malade ; sa chambre devra rester silencieuse ; si les bruit du dehors redoublent son malaise, on obture ses oreilles avec du coton et au besoin on entoure sa tête d'un pansement ouaté pour empêcher la propagation des ondes sonores au labyrinthe par la voie osseuse.

B. *Immédiatement après l'accès* on prescrira un dérivatif intestinal (calomel, scammonée) ; pendant plusieurs jours l'alimentation sera légère ; le régime lacté est tout indiqué.

On s'enquerra le plus tôt possible de la cause des

Digitized by Google

accidents. A cet égard l'intérêt capital consiste à déterminer si la syphilis est en jeu ou non : a-t-on affaire à un syphilitique, il faut, sans attendre, instituer le traitement spécifique intensif (voir syphilis de l'oreille). En cas contraire, on trouvera rarement une indication thérapeutique utile : révulsifs locaux et calomel à l'intérieur si l'on soupçonne une labyrinthite aiguë primitive (maladie de Voltolini); col chique, si l'on a affaire à un goutteux ; sangsues sur l'apophyse, pédiluves sinapisés, si l'on soupçonne une hémorragie labyrinthique, etc.

2° Phase subaigue. — Au bout de trois ou quatre semaines, quand les symptômes bruyants du début se sont apaisés, le moment arrive de hâter la résorption de l'exsudat intra-labyrinthique.

La *pilocarpine* est ici le médicament de choix. (Politzer) : elle ne doit être administrée ni trop tôt ni trop tard ; avant la fin du premier mois, elle est nuisible, tant que durent encore les violents troubles du début ; au bout de plusieurs mois elle est le plus souvent inefficace. On l'administre de préférence en injections sous-cutanées.

Technique des injections de pilocarpine. — Le moment à choisir pour faire ces injections n'est pas indifférent; en raison des effet nauséeux qu'elles ont parfois, il y a avantage à opérer quand l'estomac est vide. Ausssi, est-ce le matin au réveil, le malade étant à jeun, qui est l'instant le plus favorable ; si ce moment ne peut être choisi, on opérera trois ou quatre heures après le repas précédent, une heure avant le repas prochain.

Le malade est enveloppé à nu dans une couverture et placé dans son lit. En prévision de la salivation abondante qu'il aura tout à l'heure, on met à portée de sa bouche une serviette dans laquelle il laissera écouler sa salive, car il ne pourra sortir ses bras de la couverture où il est enroulé.

On lui injecte, de préférence à la partie antérieure de l'avant-bras, et avec toutes les précautions antiseptiques usuelles (stérilisation de la seringue et de l'aiguille, désinfection des téguments du malade et des mains du médecin) quelques gouttes d'une solution de pilocarpine à 1/50 préparée selon la formule suivante :

Chlorhydrate de pilocarpine.....	0 gr. 20
Eau distillée stérilisée	10 gr.

Une demi-seringue, c'est-à-dire un demi centimètre cube ou dix gouttes renferme un centigramme de substance active; une goutte correspond par conséquent à un milligramme de chlorhydrate de pilocarpine.

La *dose* doit varier avec l'âge du sujet : s'il s'agit d'un adulte on commence par injecter seulement quatre gouttes de la solution et l'on observe l'effet produit, afin de tâter la susceptibilité individuelle: si au bout de cinq à dix minutes on ne voit pas se produire la réaction sécrétoire habituelle, c'est que la dose est trop faible : dans les séances suivantes on injectera six, huit, puis dix gouttes jusqu'à ce qu'on obtienne une réaction sudorale et salivaire marquée: on arrive ainsi lentement et progressivement jusqu'à la limite de la tolérance qui est représentée par un centigramme et demi ou deux centigrammes au plus de chlorhydrate de pilocarpine, soit vingt gouttes de la solution, dose considérable qu'il est rarement nécessaire d'atteindre.

S'il s'agit d'un enfant de deux à douze ans, la dose de pilocarpine doit osciller entre 2 et 5 milligrammes, c'est-à-dire entre deux et cinq gouttes de la solution; chez les nourrissons on n'injectera pas plus de une à deux gouttes.

Le *nombre* et la *fréquence* des injections se règlent d'après les considérations suivantes. Autant que possible on fait une injection chaque jour; si toutefois, sous l'influence du traitement, l'état général du malade s'altère, si son appétit et ses forces diminuent, on lui laissera un jour de repos sur deux et on ne renouvellera l'injection que tous les deux jours.

Il faut faire au moins douze injections dans un espace variant de douze à vingt-quatre jours: si au bout de ce temps, on n'a obtenu aucune amélioration, il est inutile d'insister. Observe-t-on au contraire un changement favorable, on continue le traitement jusqu'à concurrence de trente injections.

Les effets doivent être distingués en immédiats et consécutifs.

1° *Effets immédiats.* — Quelques instants après l'injection, le malade éprouve une sensation de chaleur, surtout marquée au visage qui se congestionne, et sent ses bruits subjectifs et sa surdité augmenter, sans doute en raison d'une hyperhémie labyrinthique; à ces sensations succèdent une sudation qui commence d'ordinaire par le front, puis se généralise bientôt, et une salivation plus ou moins abondante. Cette réaction secrétoire débute de cinq à quinze minutes après l'injection et dure de une à deux heures. Son intensité est très variable : l'un des deux phénomènes peut être nul ou à peine marqué, alors que l'autre est intense ; parfois l'un et l'autre sont également faibles et de courte durée, malgré une forte dose de médicament. Cette inégalité d'action est attribuable soit à des variations dans la sensibilité individuelle au médicament, soit à l'inconstance de la préparation, la pilocarpine n'étant pas toujours un produit identique à lui-même.

Accessoirement on peut observer des nausées, des vomissements, de la diarrhée, de la dysurie, des dou-

Digitized by Google

leurs dans la région du foie, des troubles de la vue, du myosis et parfois des lipothymies qui indiquent un commencement d'intoxication. Si ces accidents deviennent inquiétants ou si la réaction secrétoire se prolonge outre mesure, on les combat en injectant sous la peau 6 à 8 gouttes d'une solution de *sulfate d'atropine* au millième.

Une fois la réaction sudorale et salivaire cessée, on sort le malade de sa couverture, on le sèche rapidement en évitant tout refroidissement ; il s'habille et peut alors sans inconvénient prendre une légère nourriture.

2° *Effets consécutifs.* — Dans les heures qui suivent, le malade revient le plus souvent à son état de santé antérieur. Parfois cependant il reste somnolent pendant le reste de la journée ; d'autres fois encore, en particulier s'il est faible et irritable, il présente des phénomènes d'excitation, d'énervement et reste en proie à une insomnie qui peut persister 24 ou 36 heures.

Les jours suivants, on observe, au moins dans les cas favorables, un accroissement du pouvoir auditif, en même temps qu'une diminution des bruits subjectifs et des vertiges. Ultérieurement et sous l'influence des injections suivantes, il arrive de trois choses l'une ; 1° l'amélioration s'accentue ; 2° elle reste stationnaire ; 3° elle disparaît malgré la continuation du traitement.

Les résultats définitifs du traitement sont diversement appréciés par les auteurs, mais tous s'accordent à reconnaître que les échecs sont plus fréquents que les succès ; quoi qu'il en soit, c'est la seule médication qui, en dehors des cas particuliers de syphilis, ait donné des guérisons ; d'ailleurs sans être fréquentes celles-ci sont encore suffisamment nombreuses pour qu'on ait le devoir d'instituer la médication par la pilocarpine dans tous les cas de labyrinthite.

Il est cependant des *contre-indications* à son emploi. Elle n'est pas toujours bien tolérée et provoque parfois des accidents inquiétants : le collapsus cardiaque, l'œdème du poumon sont à redouter chez les malades dont le cœur ne fonctionne pas bien. Aussi sera-t-il prudent de s'abstenir de cette médication chez les cardiaques, les individus atteints d'affection grave des bronches et des poumons, chez les vieillards et les personnes affaiblies.

Pour éviter ces accidents, on a proposé d'administrer la pilocarpine par la voie buccale à la dose quotidienne de 2 centigr. pris en une seule fois : l'action sur l'organisme est beaucoup moins rapide et moins énergique, mais l'effet utile sur l'oreille est aussi beaucoup moindre,

Quel est le *mode d'action* du médicament? On peut faire à cet égard deux hypothèses : 1° la pilocarpine n'a pas d'action spécifique ; elle agit sur l'oreille interne par l'intermédiaire de la perte de liquide abondante qu'elle détermine : la circulation et par suite la résorption dans le labyrinthe sont ainsi activées ; 2° son action sécrétoire est de peu de valeur ; elle agit surtout en provoquant dans tout l'organisme une leucocytose abondante : c'est à la faveur de cette leucocytose artificielle que les produits épanchés dans le labyrinthe se résorbent.

Succédanés du traitement par la pilocarpine. — Si l'on accepte la première de ces explications, il est facile de trouver des succédanés du traitement par la pilocarpine, dans les cas où celui-ci est contre-indiqué d'emblée ou mal toléré.

Parmi les divers moyens diaphrorétiques, les *bains chauds* sont les plus actifs. Le meilleur procédé consiste à mettre le malade dans un bain d'eau chaude à 37° dont on élève progressivement la température jusqu'à 41° par l'addition d'eau chaude ; on y laisse le malade de 10 à 15 minutes, puis on le retire rapidement pour l'envelopper dans une couverture de laine préalablement chauffée et le porter dans son lit où il séjournera une heure. On obtient ainsi une réaction sudorale intense. Malheureusement ce procédé a à peu près les mêmes inconvénients que le traitement par la pilocarpine : il provoque facilement des battements de cœur, de l'oppression, de la congestion céphalique et est contre-indiqué dans les affections du cœur et des poumons.

Les *bains d'air chaud* donnés dans le lit même dont les couvertures sont soulevées par un cerceau et sous lesquelles ont fait arriver, à l'aide d'un tuyau coudé, l'air chaud fourni par un générateur de chaleur placé à côté du lit ont moins d'inconvénients, mais sont aussi moins actifs. Ces divers procédés de cures diaphorétiques n'ont d'ailleurs qu'une action bien incertaine sur l'oreille.

3° Phase chronique. — Il faut distinguer deux cas : 1° le malade est vu pour la première fois plus ou moins longtemps après le début des accidents ; il s'agit par conséquent d'un cas chronique non encore traité ; 2° le malade a été vu dès le début des accidents, mais l'affection est passée à l'état chronique malgré le traitement précédent ; on a affaire à un cas chronique déjà traité méthodiquement.

A. Cas chronique non encore traité. — Bien qu'il ait beaucoup moins de chance de réussir qu'à la période subaiguë, le traitement par la pilocarpine doit être institué tout d'abord ; il existe des cas probants de guérison chez des malades dont l'affection était déjà vieille de plusieurs mois et même de plusieurs années. Les injections seront faites quotidiennement selon la technique précédemment indiquée ; quelques auteurs préfèrent cependant, dans les cas chroniques, espacer les injections et les faire pendant

Digitized by Google

un temps plus long à raison de deux seulement par semaine.

Si le malade est syphilitique il faut appliquer à la fois la médication spécifique et le traitement par la pilocarpine.

Si l'on échoue, on retombe dans le second cas prévu ci-dessus et dans lequel la conduite à tenir est la suivante :

B. Cas chronique déja traité méthodiquement. — Il y a bien peu de chose à espérer d'un traitement curatif : l'*iodure de potassium* dont l'action résolutive est si souvent mise à contribution, est encore ici le seul médicament qui trouve son indication, mais pour ainsi dire sans aucune chance de succès ; on le prescrit à la dose quotidienne de 0 gr. 50 à 1 gramme pendant cinq semaines consécutives, quitte à en reprendre l'usage dans les mêmes conditions à plusieurs reprises après des périodes intercalaires de repos de quinze jours.

C'est surtout un *traitement symptomatique* qui reste à faire : les vertiges et les bourdonnements sont les deux principaux symptômes qu'on a chance de voir s'atténuer spontanément ou sous l'influence du traitement : quant à la surdité il n'y a aucun espoir de la modifier.

1° *Vertiges.* — Le *sulfate de quinine* est le médicament par excellence du vertige labyrinthique.

Il y a deux façons de l'administrer : *a)* à dose forte, suivant la méthode de Charcot; *b)* à dose minime.

a) *Méthode de Charcot.* On donne de 0 gr. 60 à 1 gr. de sulfate de quinine par jour sous forme de pilules de 0 gr. 10 centigrammes chacune : le malade en prend une toutes les deux heures ou toutes les heures. Le traitement est d'abord suivi pendant huit jours consécutifs; sous son influence les bruits subjectifs et les vertiges s'accroissent tout d'abord, parfois à un tel point que le malade ne peut plus quitter la chambre ni même le lit. Ce traitement de huit jours est suivi d'un repos de même durée pendant lequel une amélioration commence déjà à se manifester. La quinine est alors administrée de nouveau pendant une semaine, puis on accorde au malade un nouveau repos de huit jours; on continue ainsi pendant plusieurs mois, de trois à six en moyenne. A chaque reprise du médicament, l'exaspération provoquée est moins forte ; dans chaque période de repos, l'amélioration est de plus en plus prononcée. Finalement les vertiges disparaissent; mais les bourdonnements persistent et la surdité reste la même ou même augmente, l'ouïe finissant par se perdre complètement.

On a accusé le sulfate de quinine d'être la cause de cette perte de l'audition : il congestionnerait l'oreille interne et provoquerait des hémorragies du labyrinthe entraînant une surdité totale. Cette accusation ne semble pas justifiée : il résulte des expériences de Laborde que la quinine a plutôt une action anticongestive sur l'oreille ; d'ailleurs l'audition du côté sain n'est pas influencée par un traitement même prolongé. Il est également à remarquer que les impaludiques invétérés qui consomment dans leur existence de grandes quantités de quinine ne sont pas plus exposés que d'autres à la surdité.

L'inconvénient principal du médicament est d'exaspérer au début les bruit subjectifs et les vertiges et, par suite, de mettre le malade dans un tel état de malaise et de faiblesse qu'il refuse le plus souvent d'en continuer l'emploi. Pour combattre l'augmentation artificielle des bruits, on a proposé d'adjoindre à la quinine de l'ergot de seigle à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 50 par jour; mais ce médicament n'a aucun effet calmant sur le redoublement des vertiges.

Il n'y a qu'un moyen de ne pas provoquer cette exaspération, c'est de donner la quinine suivant la méthode suivante qui nous semble de beaucoup préférable.

b) *Sulfate de quinine à dose minime.* On donne chaque jour au moment du déjeuner et du dîner un cachet ou une pilule renfermant *deux centigrammes* de sulfate de quinine et l'on continue ce traitement pendant trois mois au moins sans interruption. Quelque peu de confiance qu'on accorde *à priori* à ces doses insignifiantes, et pour ainsi dire homœopathiques, l'expérience apprend qu'elles ont un effet sur le labyrinthe : cela est si vrai que parfois elles suffisent à ramener des crises de vertige chez un malade qui en était exempt depuis plusieurs semaines et cela dès le premier ou le second jour de leur administration : il faut alors réduire la dose, si faible qu'elle paraisse, de moitié ou d'un tiers.

Chez la majorité des malades, mais non pourtant chez tous, il faut le reconnaître, ce traitement amène un soulagement rapide : dès la première semaine, les vertiges diminuent d'intensité et de fréquence; la tête devient plus libre, la démarche moins incertaine; certains malades se sentent transformés, et, loin d'être gênés en quoi que ce soit par la médication, craignent d'en cesser l'emploi et en continuent indéfiniment l'usage, sans inconvénient, afin d'être perpétuellement sous son influence.

Comme succédanés du sulfate de quinine on a prescrit parfois, mais avec moins de succès, le *salol* et le *salicylate de soude* à la dose quotidienne de 0 gr. 50 à 1 gr. 50. L'*antipyrine* à la dose de 2 à 3 grammes par jour, le *bromoforme*, les *bromures* sont parfois efficaces dans des cas où la quinine échoue. Il y a quelques années, on a beaucoup vanté

Digitized by Google

l'*acide bromhydrique anglais* dont on fait prendre de 50 à 60 gouttes par jour en trois fois dans un peu d'eau sucrée, de préférence un quart d'heure après les repas : c'est un médicament à essayer quand les autres n'ont pas donné de résultat.

2° *Bruits subjectifs.* — Qu'il fasse disparaître ou non les vertiges, le sulfate de quinine n'a pas d'action calmante sur les bourdonnements. Pour les modifier, il faut s'adresser à une autre médication. Les divers modes de traitement qui leur sont applicables ont été déjà indiqués à propos de la sclérose. On choisira, parmi eux, ceux qui sont le plus appropriés à chaque cas : les révulsifs locaux et les calmants du système nerveux sont surtout indiqués. L'électricité a peu d'action ou même a parfois un effet néfaste, toute irritation de l'acoustique amenant chez certains malades une exacerbation des symptômes. La douche d'air et le cathétérisme ont le plus souvent la même influence défavorable : mieux vaut s'en abstenir, à moins qu'ils n'aient leur indication dans une affection concomitante de l'oreille moyenne.

Le malade qui, malgré le traitement précédent, reste sujet à des crises de vertige labyrinthique a certaines précautions à prendre pour éviter leur retour aussi fréquent et prévenir les accidents dont elles peuvent être l'origine.

Malgré la brusquerie, la brutalité de leur apparition, les accès de vertige sont moins souvent spontanés qu'on ne croit : des influences mécaniques ou psychiques en sont souvent l'origine : un mouvement de déglutition ou de mastication, un effort, l'action de se moucher, un mouvement de la tête, un bruit intense et éclatant brusquement, un état de réplétion exagéré de l'estomac ou sa vacuité prolongée doivent souvent être invoqués comme cause des crises. D'autres fois c'est une émotion, une secousse morale, une frayeur subite qui provoque l'accès. Le malade doit chercher à se soustraire à ces diverses causes dans la mesure du possible.

Tant qu'il est sujet aux vertiges, il ne doit pas sortir seul, et cela pour deux raisons :

a) Le *bruit et le mouvement dans la rue*, d'une part, la conscience de son état de santé et la crainte constante de tituber en public d'autre part, peuvent suffire à rappeler une crise vertigineuse : ces malades présentent parfois, en effet, un état mental spécial en vertu duquel ils éprouvent, dès leur sortie à l'air libre, un sentiment d'anxiété et de crainte rappelant l'agoraphobie.

b) *Une chute dans la rue* peut avoir pour lui les conséquences les plus graves ; car elle est d'ordinaire si brusque, si inopinée qu'il ne saurait se garantir non seulement contre les effets de la chute même (contusion, fracture, etc.), mais aussi contre les causes multiples de traumatisme (voitures, chevaux, cycles, etc.), auxquelles il est exposé une fois à terre. En présence de ces accidents, les malades que leur profession expose à des chutes graves (cochers, ouvriers en bâtiments, etc.) pourront être forcés d'en changer ou tout moins de l'abandonner momentanément.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse par des cautérisations avec l'acide chromique en cristaux.

Par M. Armand Siredey
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

Magitot avait autrefois préconisé l'usage de l'acide chromique en cristaux dans le traitement des stomatites accompagnant la pyorrhée alvéolaire. Ce procédé ne semble pas avoir eu un grand succès auprès des médecins. Je me souviens, cependant, d'avoir vu mon oncle, le Dr F. Siredey, l'employer dans des cas analogues, et j'ai traité avec lui, en 1885, un de ses clients par des cautérisations avec l'acide chromique cristallisé. Depuis cette époque, je suis toujours resté fidèle à cette méthode, bien qu'elle ait été détrônée par l'usage des gargarismes, collutoires et solutions antiseptiques à base d'acide phénique, de salol, de formol, d'acide lactique, d'eau oxygénée, etc.

Cependant, aucun de ces médicaments, que j'ai souvent essayés, ne m'a paru avoir une action aussi prompte, aussi décisive, que l'acide chromique en cristaux.

La plupart des antiseptiques réussissent lorsqu'il s'agit de stomatites superficielles peu graves, consistant en une simple desquamation épithéliale, sous laquelle apparaît une muqueuse saignante, légèrement épaissie.

Mais il n'en est plus de même quand les altérations sont plus profondes et donnent lieu à la face interne des joues, au niveau des dernières molaires ou sur les bords de la langue, à ces vastes ulcérations à fond terne, grisâtre, aux bords anfractueux, et que recouvrent souvent d'épaisses fausses membranes. On voit les ulcérations persister et quelquefois s'étendre en dépit des traitements les plus rationnels.

Quelle que soit la cause de ces lésions, elles ne guérissent le plus habituellement que lorsque les parties malades de la muqueuse se sont éliminées peu à peu lentement.

C'est surtout dans ces conditions que l'acide chromique agit avec une merveilleuse rapidité, vraisemblablement en activant ce travail d'élimination et de réparation.

Depuis six ans, j'ai traité tant en ville qu'à l'hôpital, 15 malades atteints de lésions ulcéreuses de la bouche résultant soit d'éruption aphteuse confluente (2 cas), soit de stomatite mercurielle (3 cas), soit de stomatite en rapport

Digitized by Google

avec un mauvais état des dents (6 cas), soit de stomatite ulcéro-membraneuse non épidémique de cause indéterminée.

Dans tous ces cas, les cautérisations faites à l'aide de cristaux d'acide chromique ont amené une prompte et complète guérison.

Je viens d'observer récemment l'un des exemples les plus remarquables que j'ai rencontrés.

Il s'agit d'un homme de ving-trois ans, qui, vers le 19 juin dernier, fut pris de mal de gorge accompagné dès le début d'une sensation de brûlure dans la bouche qui rendait l'alimentation très difficile. La présence des aliments, les efforts de mastication provoquaient des douleurs aiguës dans tout le côté gauche de la cavité buccale.

X .. continua néanmoins à travailler jusqu'au 7 juillet, sans faire de traitement véritable.

Le *4 juillet*, il consulta un médecin, qui lui prescrivit un gargarisme et des badigeonnages avec un collutoire dont il ne put indiquer la composition. Voyant le mal s'aggraver, il entra à l'hôpital Saint-Louis, où on lui prescrivit du chlorate de potasse à l'intérieur et des lavages avec une solution de chlorate de potasse. Mais la douleur et l'irritation locale ne firent que s'accroître, et le malade ne pouvant supporter ce traitement, on eut recours à de simples lavages à l'eau de guimauve. Ces divers traitements n'amenèrent pas d'amélioration sensible, X... quitta l'hôpital Saint-Louis, et se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine.

A son entrée dans le service, 21 juillet, on constate une stomatite à peu près généralisée, mais tandis que sur le côté droit de la bouche elle consiste en une simple rougeur avec léger gonflement des gencives, principalement au niveau de l'implantation des dents, les lésions sont beaucoup plus accentuées et plus profondes du côté gauche.

Il existe à ce niveau un gonflement très marqué des gencives avec de petites érosions sur la face externe des deux mâchoires ; ces érosions sont tapissées de membranes grisâtres de vilain aspect. En arrière de la dernière molaire supérieure on voit une ulcération de l'étendue d'une pièce de 1 franc, également recouverte de fausses membranes. La région située en arrière de la dernière molaire inférieure est le siège d'altérations analogues.

Mais les accidents ne sont pas limités au bord alvéolaire de la mâchoire ; sur la voûte palatine et sur la face interne de la joue, il existe de vastes ulcérations irrégulières, que recouvrent d'épaisses fausses membranes. Ces lésions ulcéro-membraneusses ont une étendue de 3 centimètres environ sur la joue, et en dedans elles se prolongent sur tout le palais jusqu'au niveau des dents incisives.

Toutes ces plaies sont le siège d'une cuisson vive et permanente qui s'exagère au contact des aliments et sous l'influence des efforts de mastication.

L'haleine est très fétide. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux.

X... accuse en outre un certain malaise général, la température rectale atteint 38°3.

Les lavages à l'eau naphtolée, qui ont été faits depuis la veille au soir, n'ont pas sensiblement modifié la situation.

Le *21 juillet*. On fait une cautérisation des surfaces malades avec l'acide chromique en cristaux.

Le soir même, la douleur et la fétidité de l'haleine ont sensiblement diminué. Les lésions qui jusque-là, au dire du malade, ne cessaient pas de s'étendre, semblent s'arrêter. La température est descendue à 37°5, qu'elle ne dépasse plus.

Le malade put prendre son lait plus facilement.

Le lendemain, *22 juillet*, les ulcérations du fond de la bouche sont absolument transformées. Autour de la dernière molaire l'épithélium est tombé, laissant, en arrière et sur les côtés de l'arcade dentaire, de petites plaies de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, au fond rosé, bourgeonnant, de très bon aspect. Sur la joue, l'escarre persiste, mais elle commence à se détacher.

Sur le bord gauche de la langue on observe une transformation analogue : au lieu de l'ulcération terne, grisâtre, on voit une petite plaie rosée, franchement bourgeonnante, en voie de réparation.

Seules les lésions situées à la partie antérieure de la bouche, au voisinage des incisives, sont peu modifiées; elles avaient d'ailleurs été cautérisées plus superficiellement.

Le *23 juillet*, nouvelle cautérisation.

A partir du *24 juillet*, la guérison progresse de plus en plus rapidement, le malade mange sans douleur.

Le *26 juillet* au matin, un léger badigeonnage de teinture d'iode est fait sur les gencives au niveau de l'insertion des dents.

Le *27 juillet*, le malade demande à quitter l'hôpital parce qu'il ne ressent plus la moindre gêne locale. Néanmoins, on l'engage à rester, car il existe en dedans de la canine gauche supérieure et des deux incisives du même côté de petites érosions de la largeur d'une lentille (1) et une autre érosion de même étendue à la face interne de la joue.

Le manuel opératoire est très simple mais exige une certaine précision, si l'on veut éviter de laisser dans les culs-de-sac gingivaux des cristaux d'acide chromique, qui y détermineraient la formation d'escarres, ou dont l'absorption pourrait donner lieu à des phénomènes d'intoxication.

On prend un petit morceau de bois que l'on recouvre à son extrémité d'une mince feuille d'ouate enroulée et bien serrée ; on charge ce petit pinceau sec de cristaux d'acide chromique, qui adhèrent suffisamment au coton, non

(1) Ces érosions ont été de nouveau cautérisées avec l'acide chromique cristallisé le 28 juillet, et le malade a quitté l'hôpital le jour même. Il est revenu nous voir depuis cette époque, complètement guéri.

Digitized by Google

mouillé, pour y former une couche presque continue, et on le passe sur des ulcérations, en appuyant légèrement. Immédiatement après on promène sur la surface cautérisée et dans les culs-de-sac voisins, un autre bâtonnet garni d'une couche d'ouate très épaisse et bien imbibée d'eau bouillie ; puis on recommande au malade de se rincer la bouche à plusieurs reprises avec de l'eau bouillie simple ou additionnée d'une substance antiseptique. Une inspection minutieuse de la région permet de constater qu'il ne reste pas le moindre fragment d'acide chromique. On recommence ainsi pour chaque ulcération avec les mêmes précautions.

Ces cautérisations sont assez pénibles, mais facilement supportables ; la douleur cesse d'ailleurs rapidement.

Aussitôt après l'opération, on voit la plus grande partie de la muqueuse buccale colorée en jaune par l'acide chromique. La coloration est plus foncée au niveau des points ulcérés Dix ou douze heures plus tard, on peut reconnaître déjà des modifications appréciables des surfaces malades. L'haleine cesse d'être fétide, la muqueuse commence à desquamer, les fausses membranes se détachent facilement sous la forme de petits lambeaux, la bouche se nettoie et l'alimentation devient plus facile.

Dès le lendemain, l'haleine cesse d'être fétide, les fausses membranes se détachent sous forme de petits lambeaux, la bouche se nettoie, l'alimentation devient plus facile. Les ulcérations se couvrent de bourgeons charnus de bonne apparence et se réduisent.

Si elles paraissent encore trop étendues, on peut renouveler la cautérisation au bout de 48 heures. Il est rare qu'il soit nécessaire de répéter ces attouchements plus de 3 fois; la guérison est presque toujours complète en 8 ou 10 jours, sans aucune médication interne, sauf dans le cas de stomatite mercurielle, où l'on peut donner 2 gr. de chlorate de potasse par jour.

Les malades se soumettent d'autant plus volontiers à ces cautérisations répétées qu'ils en ont éprouvé de bons effets dès les premières heures du traitement.

Dans l'intervalle, je conseille de simples lavages de la bouche à l'eau naphtolée ou boriquée.

S'il reste un peu de rougeur ou d'irritation à la sertissure des dents, on peut recourir à de petits badigeonnages de teinture d'iode dans les jours qui suivent. Mais s'il existe en ces points de véritables lésions ulcéreuses même peu étendues, il vaut mieux employer de nouveau l'acide chromique.

Jusqu'ici, je n'ai vu surveuir chez les malades que j'ai soignés, *aucun accident, aucune complication*. Aussi, à condition d'observer rigoureusement les précautions indiquées plus haut, je crois que l'acide chromique cristallisé peut rendre de grands services dans le traitement des stomatites ulcéreuses (1).

(1) *Soc. Méd. Hôp.*

Formulaire du Praticien

Des dérivés de la créosote en thérapeutique. — La créosote est, on peut bien l'avouer, un mauvais médicament dont les inconvénients ne sont pas compensés par ses douteux avantages. On a essayé alors de lui substituer des composés moins irritants et qui en posséderaient les propriétés thérapeutiques. Sur la demande de quelques uns de nos lecteurs nous étudierons ces produits, tout en avouant que nous n'en avons aucune expérience personnelle, et que cet article n'est que le résumé de diverses publications.

1° Le *carbonate de créosote*, appelé également *créosotal*. — Liquide visqueux, de couleur ambrée, non caustique, insoluble dans l'eau, miscible à l'alcool et à l'éther, au chloroforme, soluble dans les huiles grasses, inodore, de saveur douce et huileuse.

1/2 heure après son ingestion, la créosote apparaît dans les urines.

Dose : de 2 à 15 gr. par jour pour un adulte.
1 à 6 gr. pour les enfants.

Formules :

Carbonate de créosote.....	100 grammes
Huile de foie de morue.....	1 litre

3 à 6 cuillerées par jour.

Mixture de Hyatt :

Créosotal.....	4 gr 8
Poudre de gomme arabique...	10 — 5
Rhum.....	à 15 grammes
Sirop de Tolu.....	à 15 grammes
Eau distillée q. s. pour.....	150 grammes

A prendre en 1 ou 2 jours.

Formule de Hugo Goldmann :

Carbonate de créosote.....	15 grammes
Ichthyol.....	15 —
Glycérine.....	30 —
Eau de menthe.....	10 —

De XX à XXX gouttes 3 fois par jour dans du vin ou de la limonade après le repas.

Hesse (*Pharm. Zg.* 1898) le considère comme non toxique;

Jacob (*Berl. Kl. Woch.*, 1897) l'administre de la façon suivante :

V gouttes 3 fois par jour dans du vin.

Augmenter de III gouttes pour arriver à XXX gouttes, puis diminuer de la même dose pour arriver à X gouttes, et reprendre ensuite la dose croissante.

2° *Le phosphate de créosote*. — Il existe plusieurs phosphates de créosote, mais celui qu'on emploie en médecine est celui qui distille entre 190 et 203°, parce qu'il n'est ni caustique, ni irritant. Boureau (de Tours) semble être le premier à essayer l'association de l'acide phosphorique et de la créosote.

Digitized by Google

Huile dense, odeur faible de créosote, saveur un peu astringente et amère. Insoluble dans l'eau, la glycérine, les solutions alcalines et les huiles; miscible à l'alcool et l'éther.

Dose : de 0.50 centigr. à 1 gramme par jour pour un adulte.

Formules :

Capsules de phosphate de créosote. 0 gr. 20
3 par jour.

ou bien :

Phosphate de créosote..... 0 gr. 10
Par pilule. — Cinq par jour.

D'après Genevrier, le phosphate de créosote s'élimine dans la proportion de 70 à 85 0/0. D'après Fonzes-Diacon, l'élimination est de 3 à 6 0/0. Berlioz a constaté que les phosphites sont plus assimilables, et il arrive au chiffre de 34 0/0 pour les phosphates.

L'insolubilité dans les huiles fait qu'on ne peut pas l'incorporer à l'huile de foie de morue, ou bien alors à titre de mélange.

Il faut distinguer les phosphites des phosphates.

Le phosphite de créosote ou *phosphotal* est un liquide huileux, épais, non caustique.

Le phosphate de créosote ou *phosote* (Brissonnet) contient 80 0/0 de créosote.

Manquat, à qui nous empruntons ces renseignements, dit que le phosphate et le tannophosphate de créosote ont été expérimentés à la dose de 6 grammes par jour (soit une cuillerée à café). Ces médicaments, ajoute-t-il, peuvent être pris purs ou dans un peu de lait, ou en capsules de 0,50 centigrammes, ou dans de l'huile de foie de morue. Moitié ou quart de la dose pour les enfants.

Que si nos lecteurs trouvent quelques contradictions dans les doses indiquées, 0,50 centigr. à 1 gramme d'une part, 6 grammes de l'autre, je leur dirai que j'ai dû me borner à formuler ces doses d'après mes lectures, car je n'ai nulle expérience pesonnelle de ce médicament.

La sagesse consiste à dire que les doses ordonnées ont été variables entre 0.50 centigrammes et 6 grammes.

La dose de 6 grammes est celle de Boureau.

Le *tannophosphate de créosote* est un liquide sirupeux, de couleur ambrée, sans saveur ni odeur, il peut être pris pur sans véhicule.

Dose : 6 grammes par jour.

A donner en capsules.

3° Le *valerianate de créosote* ou *eosote* (le géosote est du valerianate de gaïacol) employée par Grawitz, substance liquide et inodore, d'après les uns, à odeur de valériane d'après d'autres. Absence de toxicité, n'irrite pas l'estomac.

Briggs (*N. y med. J.* 1899) en aurait obtenu des résultats merveilleux chez 8 malades.

Dose : de 0,60 centigr. à 1 gr. 80 pro die.

Formules :

1. Eosote..... 0 gr. 20
Pour une capsule. — 3 par jour.

2. Eosote..... 2 grammes
Glycérine..... 50 —
Essence de menthe..... II gouttes
En un ou 2 jours.

4° Le *formiate de créosote???* ou cresoforme de Brissonnet, est une combinaison d'aldehyde formique et de créosote.

Poudre jaune verdâtre, sans odeur ni saveur, insoluble dans l'eau et l'éther, soluble dans un mélange d'alcool et de chloroforme, et les solutions alcalines auxquelles il donne une coloration rouge-brun.

Absence de toxicité. Peut se combiner avec le tanin.

Doses et mode d'administration???

5° Le *tannocresoforme* est une combinaison d'aldehyde formique, de créosote et de tanin, c'est une une poudre brunâtre, sans odeur ni saveur et non toxique, insoluble dans l'eau et la glycérine, soluble dans l'alcool et dans une solution de potasse ou de soude.

Dose : 5 grammes pro die.

En cachets.

6° Le creosal est une combinaison de 60 parties de créosote contre 10 de tanin; c'est une poudre brune.

Dose : de 3 à 9 grammes pro die.

Le *tanosal* ou tannate de créosote, poudre amorphe brune, très hygroscopique, existe en solution aqueuse ou pilules. C'est la même chose que le créosal. — Dr Deguy, *ancien Interne des Hôpitaux.*

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Pommade à employer dans le traitement de l'orchite

Vaseline..... 40 grammes
Gaïacol..... 5 —
Salicylate de méthyle..... 20 —

Après l'application de cette pommade la douleur et la tuméfaction diminuent rapidement.

Vin tonique :

Métavanadate de soude..... 0 gr. 20
Glycerophosphate de soude.... 10 grammes
Vin de kola. .....
— coca.... . ... } P. E. pour un litre
— quinquina.....

Une cuillerée à bouche avant chaque repas. A. G.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement des cardiopathies infantiles. — Le cœur des enfants ne réagit pas de la même façon aux lésions orificielles dont il est atteint que le cœur des adultes. Grâce à l'intégrité habituelle du système vasculaire, l'affection cardiaque se présente à l'état de pureté et permet une thérapeutique plus simple et plus précise.

M. E. Weill en trace les principales règles dans un article des Archives de médecine des enfants (janvier et février 1900).

I. — Le traitement des endocardites doit être d'abord *préventif*. La prophylaxie consiste à combattre les diverses infections capables de localisation cardiaque ; c'est ainsi que le sérum antitoxique dans la diphtérie, que le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu peuvent empêcher la production d'une endocardite. A cause de la parenté de la chorée avec le rhumatisme, Weill conseille d'administrer le salicylate de soude aux enfants atteints de cette affection.

II. — Lorsque l'endocardite est *en évolution*, la médication spécifique de l'infection doit être employée concurremment avec une thérapeutique banale dirigée contre la lésion locale.

Dans l'endocardite rhumatismale, on prescrira la diète, lait et potage, et le repos absolu au lit. Toutes les émotions morales ou physiques capables de surexciter le cœur doivent être évitées ; dans ce but, on pourra donner dès le début un peu de bromure de potassium, de digitale, des hypnotiques.

Sur la région précordiale, on appliquera de la pommade mercurielle ou des compresses froides, une vessie de glace, ou encore des ventouses sèches ou scarifiées, des badigeonnages de teinture d'iode, des pointes de feu.

III. — Pendant la phase de *régression*, on pratiquera de la révulsion au moyen de vésicatoires volants, ou de pointes de feu. On donnera de l'iodure de potassium pendant les quinze premiers jours de chaque mois, à la dose de 25 à 50 centigr. par jour, pris au commencement des deux repas, dans une tasse de lait.

Une cure hydro-minérale est utile à cette époque : les rhumatisants cardiopathes sont envoyés dans les stations thermales simples, chlorurées sodiques ou sulfatées calciques. Les eaux chlorurées sodiques chaudes doivent être employées avec précaution : on ne donnera au début que des bains très courts.

La péricardite avec épanchement nécessite un traitement spécial. L'évacuation peut être obtenue par la paracentèse du péricarde : l'aiguille n° 1 ou 2 de Dieulafoy est enfoncée au centre de l'espace mat situé au-dessous du mamelon gauche, à 5 ou 6 centimètres en dehors du bord gauche du sternum (Trousseau), dans le 4e ou le 5e espace (Dieulafoy). Ce procédé donne peu de succès dans la péricardite séro fibrineuse, encore moins dans la péricardite purulente. Dans ce dernier cas, l'incision est préférable.

IV. — Lorsque la lésion cardiaque est *définitivement constituée*, mais *compensée*, ce qui est beaucoup plus commun chez l'enfant que chez l'adulte, le rôle du médecin n'est plus de traiter, mais de maintenir par une hygiène appropriée la compensation.

Certaines lésions, comme le rétrécissement mitral, produisent un retard de développement, et une apathie qui rappelle l'engourdissement des affections congénitales du cœur. Dans ces conditions, tous les stimulants de la nutrition trouvent leur emploi : vie au grand air, frictions générales sèches, massage, exercices musculaires, gymnastique, hydrothérapie, cures thermales.

Le plus souvent, les cardiopathes ont un développement normal. Il faut seulement éviter au myocarde tout surcroît de travail. Dans ce but, on se conformera aux règles d'hygiène suivantes :

1° *Exercice musculaire.* — L'exercice musculaire, qui est un besoin pour l'enfant, doit être modéré. On proscrira tous les exercices violents nécessitant des efforts. On accordera les promenades modérées, les jeux de billes, du palais, du volant, de l'escarpolette, tous ceux qui mettent en jeu l'adresse plus que la force.

On défendra les courses, les jeux de barre, le jeu de paume, le foot-ball, le tennis, les grandes marches.

La méthode d'Œrtel (ascensions, diète spéciale, sudations abondantes), n'est pas applicable aux enfants ; tout au plus pourra-t-on prescrire les ascensions à titre de stimulant chez les enfants indolents.

La bicyclette doit être prohibée en cas d'insuffisance aortique. Elle peut être permise dans les affections mitrales compensées, à condition que le malade évite le surmenage, la raideur du tronc qui gêne la respiration, l'inclinaison prononcée en avant qui comprime la veine cave inférieure.

Les exercices qui mettent en jeu l'inspiration et

Digitized by Google

favorisent la circulation pulmonaire sont autorisés ; ainsi la parole, le chant, le canotage. Les instruments à vent sont contre-indiqués.

Enfin, le cardiopathe ne doit pas être soumis à un travail prématuré, à un apprentissage pénible.

2° *Alimentation.* — Il est rare qu'on ait à prémunir les enfants contre l'abus de l'alcool, des boissons abondantes telles que la bière, des épices, des aliments fermentés, du gibier. Par contre, il faut modérer l'ingestion du sucre, des pâtisseries.

On imposera des heures de repas régulières : deux repas principaux, le déjeuner du matin et le goûter de quatre heures. L'enfant mangera lentement, avec soin, modérément. Comme boisson, il prendra de l'eau pure ou additionnée d'un peu de vin, à l'exclusion de thé et de café.

Il faut prévenir les troubles digestifs qui retentissent facilement sur le cœur. Pour cette raison et pour d'autres, la vie de pension ne convient pas.

3° *Travail cérébral.* — On évitera aux enfants toute fatigue nerveuse, toute étude suivie. L'école est mauvaise. On veillera à ce que l'enfant ne prenne pas pour écrire une attitude trop inclinée qui gênerait la respiration et la circulation.

4° *Climat, habitation.* — Avant tout, il faut éviter les récidives de rhumatisme. L'humidité, les changements brusques de température, les grands vents, la chaleur extrême, doivent être particulièrement redoutés.

A la population pauvre, on recommandera l'habitation dans la région suburbaine, à un étage assez élevé, avec une exposition qui ne soit pas au nord. Les malades aisés seront envoyés à la campagne, dans un climat sec et tempéré.

L'altitude augmente, même au repos, l'énergie des battements cardiaques ; elle agit comme la digitale. Cependant il n'y a pas d'inconvénient à autoriser des altitudes de 300 à 400 mètres (Constantin Paul), de 600 à 800 mètres (Huchard).

Le climat maritime est à redouter chez les sujets qui ont des dispositions au rhumatisme, aux bronchites ou à l'éréthisme cardiaque. Une station méridionale, protégée par des dunes ou des forêts, peut cependant convenir.

Les bains de mer doivent plutôt être pris chauds en baignoire.

5° *Vêtements.* — Ils doivent protéger contre le refroidissement et ne pas gêner la circulation. Rejeter les vêtements serrés, les corsets, les ceintures étroites. Chez les rhumatisants, la flanelle, les caoutchoucs sont bons.

6° *Maladies accidentelles.* — Le jeune cardiaque doit éviter toutes les maladies qui peuvent troubler la compensation de son cœur : les bronchites, la laryngite, la coqueluche, les troubles digestifs. Toutes les conditions déprimantes ou anémiantes, les convalescences des maladies graves doivent être traitées avec attention. Enfin et surtout, il faut s'efforcer d'éviter les récidives de rhumatisme. — E. L. M.

CLINIQUE MÉDICALE

Lésions osseuses typhiques de la colonne vertébrale. — On connaît bien aujourd'hui les lésions osseuses d'origine typhique et leur fréquence prédominante sur les os longs des membres, surtout inférieurs, moindre sur les autres os : maxillaires, frontal, clavicule, sternum, côtes, os du bassin, rotule...

Succédant ou non à un traumatisme — on les observe quelquefois chez des malades qui n'ont pas quitté leur lit — elles sont dues à une localisation du Bacille d'Eberth seul ou associé à d'autres microbes et fréquemment aussi à des infections secondaires où le bacille d'Eberth est absent (staphylocoques; streptocoques, pneumocoques).

Ces complications osseuses peuvent se manifester sous toutes sortes de variétés cliniques qu'on peut classer en deux grandes formes :

a : Forme aiguë aboutissant à la résolution ou à la suppuration.

b : Forme chronique aboutissant à la résolution, à la suppuration, ou à l'exostose.

Il importe, pour le pronostic et pour le traitement, de connaître ces formes d'ostéomyélite et de savoir les distinguer des formes aiguës ou chroniques des adolescents, des ostéopathies syphilitiques ou tuberculeuses et ce diagnostic peut présenter de grandes difficultés, notamment dans les cas exceptionnels où la localisation osseuse siège dans la colonne vertébrale et simule un mal de Pott.

Nous trouvons décrit sous le nom de « typhoïde spine » (Lovett et Withington in Boston M. et S. J. Mars 1900), un état caractérisé par une vive douleur et une rigidité marquée d'un segment de la colonne vertébrale (dorso lombaire) survenant pendant ou après la convalescence de la fièvre typhoïde, accompagnée de symptômes fonctionnels plus ou moins nombreux : état fébrile, modification des réflexes patellaires, rétention d'urine, rigidité des membres inférieurs, troubles de la sensibilité. Dans un cas de Quincke la localisation vertébrale fut précédée de l'apparition, au cours de la fièvre typhoïde, d'une périostite pariétale.

Les auteurs citent neuf cas recueillis dans la littérature médicale chez des hommes sans exception et qui tous se terminèrent favorablement.

Ils décrivent en détail un cas qui leur appartient et qui mérite une attention particulière à cause de la

Digitized by Google

difficulté du diagnostic d'avec le mal de Pott, résultant d'une déformation vertébrale par ulcération des corps vertébraux attribuable à une ostéomyélite, si bien qu'il fallut soumettre le malade à l'épreuve de la tuberculine, pour établir le diagnostic.

Il s'agissait d'un médecin militaire de 35 ans ayant servi et contracté la fièvre typhoïde pendant la campagne de Cuba, au mois de juillet. Convalescent après un mois de maladie, il revint chez lui et vers la fin de septembre sentit une « faiblesse » et de vives douleurs dans la région lombaire qui disparurent après un repos de trois jours au lit. Ayant repris son service médical il eut brusquement à la fin de novembre, un léger frisson et de violentes douleurs lombaires et entra à l'hôpital au commencement de décembre.

Durant tout ce mois il souffrait cruellement et ne pouvait faire aucun mouvement dans son lit; la douleur spontanée ne disparut que peu à peu dans le courant de janvier et reparaissait d'ailleurs dès qu'il était debout.

Il fit ses premiers pas avec une canne au mois de février et dès lors on constatait, outre une très vive sensibilité des apophyses transverses de la deuxième vertèbre lombaire, une véritable gibbosité constituée par la saillie arrondie des apophyses épineuses des 11° et 12° v. dorsales et de la 1° lombaire.

Les muscles de la masse sacrolombaire étaient contractés et immobilisaient presque absolument le segment vertébral correspondant dans les essais de flexion active ou passive; cette contraction augmentait et devenait très douloureuse quand il se levait — beaucoup plus douloureuse que dans un mal de Pott — On notait en outre une légère augmentation des reflexes patellaires et une diminution de la sensibilité douloureuse et tactile dans toute la hauteur de la face externe des cuisses. La mobilité des membres inférieurs paraissait normale.

La température peu élevée à son entrée s'accrut peu à peu, en oscillant, du 17 décembre au 10 janvier et fut accompagnée à plusieurs reprises de frissons, elle diminua progressivement ensuite.

L'application d'un corset plâtré d'abord, d'un corset de cuir ensuite, apporta moins de soulagement que s'il s'était agi d'un mal de Pott.

En octobre 1899, la gibbosité dorso-lombaire persistait, la deuxième lombaire était encore sensible. En novembre enfin, toute douleur ayant disparu, le corset de cuir fut enlevé et le malade reprit son service actif, ne conservant plus que les mêmes troubles de la sensibilité à la face externe des cuisses.

Ce cas semble être le premier d'une lésion osseuse vertébrale typhique accompagnée de déformation et comme les autres résumés plus haut il fut suivi d'un rétablissement complet de la mobilité.

Les auteurs insistent sur ce fait que le traumatisme de la colonne vertébrale et la reprise d'occupations pénibles avant la guérison complète est un facteur important de cette complication osseuse.

Tous les cas ont été en effet observés chez des hommes, exerçant souvent un métier pénible (colporteurs, forgerons), ou faisant une chute au cours d'exercices violents (patinage).

Dans le cas présent la reprise du service médical militaire ne contredit pas la théorie du traumatisme préalable. — E. Baillet.

Gangrène de la peau au cours de la fièvre typhoïde. — La gangrène cutanée est une des plus rares complications de la fièvre typhoïde Flint et Murchison ne l'ont pas signalée; Holischer sur 4,000 typhiques ne l'a observée qu'une fois et Bettke sur 1,420 malades l'a constatée 4 fois seulement, et toujours aux orteils. D'ailleurs, les traités n'en font qu'une simple mention.

A des degrés variables cette complication a cependant été observée par Stahl (*Medical review, 1900*) avec une fréquence extraordinaire (10 fois sur 140), chez des soldats américains ayant contracté la fièvre typhoïde pendant la campagne de Cuba.

Ces cas ne sont pas seulement remarquables par leur fréquence exceptionnelle, mais aussi par une localisation toute différente de celle qui a été signalée aux extrémités des membres (orteils surtout).

Sauf un cas (pied) les extrêmités des membres n'ont pas été atteints, et c'est sur le tronc que siégeaient les plaques de nécrose, recouvrant les 3/4 du dos chez un malade (Obs. VII).

La face, les bras et les cuisses étaient quelquefois atteints en même temps, et aussi le scrotum dans deux cas terminés par la mort.

Sur 10 cas : 3 morts et 2 autopsies qui corroborent les observations cliniques et indiquent une seule cause déterminante : l'embolie.

1re Autopsie. — Plaques ecchymotiques de l'estomac, infarctus des lobes supérieurs des deux poumons et du rein gauche.

2e Autopsie. — Infarctus des deux reins et de la rate.

Au point de vue clinique, l'auteur a observé entre autres constatations :

Une anémie grave;

Une insuffisance mitrale dans deux cas;

L'affaiblissement du 1er bruit dans cinq cas;

L'accentuation du 2e bruit, l'artériosclérose très prononcée de l'un des 10 malades, âgé de 19 ans, et la grande fréquence de l'artériosclérose en général chez les malades du même hôpital âgés pour la plupart de moins de 25 ans;

Digitized by Google

La forme ovale des plaques de sphacèle.

L'examen bactériologique des vésicules non ouvertes donna un résultat banal : staphylocoques blancs et dorés. — E. B.

La contagion de la tuberculose. — L'adénite tuberculeuse ou scrofuleuse apparaît presque exclusivement après la première année d'âge. Volland de Davos cherche les raisons de ce fait et croit les trouver dans le contact de l'enfant avec le sol quand il apprend à marcher (*Therap. Monatshefte*). La plupart des bébés marchent d'abord à quatre pattes, et même plus tard quand ils savent se tenir sur leurs jambes, ils aiment à jouer par terre, soit dans les pièces ou dans les cours, les jardins et les places publiques. Tout le monde sait dans quel état sont leurs petites mains pendant ces exercices, et quel mal ont leurs gardes à les tenir propres. On n'a jamais fait de cultures avec l'eau de lavage des mains d'enfants, mais il est facile de prévoir la riche flore microbienne qu'on y récolterait.

D'un autre côté les muqueuses des enfants au moment de la dentition, soit entre un et deux ans, sont « toujours fortement suintantes » ; les lèvres, les bords des narines, les yeux sont imbibés de liquide et souvent excoriés ; ils démangent l'enfant qui les frotte avec ses mains contaminées, beaucoup plus que nous le faisons pour lui inoculer le vaccin. Quoi d'étonnant qu'il s'infecte? il est même surprenant qu'il ne présente pas plus souvent des lymphangites et des abcès! Comme le bacille de la tuberculose est fréquent sur le sol, il est inévitable qu'il n'en pénètre pas dans l'organisme infantile. Si le terrain est disposé par l'hérédité ou par la mauvaise hygiène, le bacille y pullulera ; si l'immunité est plus ou moins forte, le germe sera ou anéanti, ou arrêté dans sa prolifération ; si l'immunité est perdue ultérieurement à la suite de fatigues, de surmenage, d'excès, la bacillose pourra évoluer.

Il sera donc utile de laver souvent les mains et les figures des petits enfants ; on couvrira le sol de leur chambre à jouer d'un tapis de linoléum, facile à désinfecter, ou d'un drap blanc ; on évitera d'y pénétrer avec les chaussures de ville dont les semelles contamineraient le tapis, à moins de mettre pardessus des pantoufles en toile blanche, comme cela se pratique au Japon. — Bd.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'urotropine. — L'urotropine ou formine ou hexaméthylènetetramine est une combinaison cristalline de formaldehyde et d'ammoniaque, inodore, de saveur douce, soluble dans l'eau. Elle possède la propriété de dissoudre l'acide urique ; elle est diurétique et laisse l'urine acide. Nicolaier l'a expérimentée en 1894 et 1895, et vient de publier sur ce corps une nouvelle étude (*Zeitschrift f. Klin. Med.*), dont la conclusion est la suivante : l'urotropine est un médicament efficace dans un grand nombre d'affections des voies urinaires, et agit bien aussi dans la diathèse urique et parfois dans la phosphaturie. L'auteur appuie cette conclusion sur de nombreuses observations de cystites infectieuses, blennorrhagiques, colibacillaires, streptococciques et même tuberculeuses ; les cas de gravelle et de lithiase rénale sont plus rares, et frappent moins l'esprit à cause de l'évolution essentiellement chronique de ces maladies. Un autre auteur Goldberg (*Centralblatt f. innere Med.*) a expérimenté également ce médicament sur une vaste échelle, et ses résultats sont également satisfaisants. Il relate aussi des échecs, ce à quoi il n'y a rien d'étonnant quand on étudie ses observations : il n'a pas réussi dans les cancers de la prostate et de la vessie, dans des pyélites tuberculeuses chez des phtisiques, c'est-à-dire dans des maladies incurables ; l'urotropine n'a donné que des améliorations suivies de rechutes chez des prostatiques, chez des sujets atteints de rétrécissements uréthraux et de parésie de la vessie. Par contre, dans les cystites primitives, blennorrhagiques et autres, il a obtenu 40 0/0 de guérisons, 60 0/0 d'améliorations ; dès que l'infection suivait une marche ascendante, l'urotropine ne réussissait plus.

Au Royal College of Physicians de Londres Horton Schmith a insisté sur la décharge microbienne qui se fait souvent par les urines au décours de la fièvre typhoïde ; il a constaté cette bactériurie dans 25 0/0 des cas à Londres, et il lui attribue les troubles vésico-uréthraux typhiques ; ils cèdent d'après lui très rapidement à l'administration de l'urotropine. Nous pouvons confirmer cet avis par une observation personnelle. Il s'agit d'une femme de 28 ans qui dans le quatrième septennaire d'une dothiénentérie sévère fut prise de troubles vésicaux, caractérisés par du catarrhe de la vessie et par du spasme du sphincter ; les urines étaient brun foncé, abondantes, du reste ; leur émission était pénible et si douloureuse qu'à plusieurs reprises, nous nous attendions à être appelé pour la sonder Le salol administré à la dose de 2 gr. 50 par jour pendant 4 jours resta sans effet. Nous prescrivîmes alors 1 gr. 50 d'urotropine par jour, et au bout de 48 heures tous les troubles avaient disparus et les urines étaient devenues claires et limpides. Rien n'avait été changé dans le régime alimentaire, dans lequel entrait du bouillon, du bordeaux et du vin de Grenache avec de la teinture de quinquina.

L'urotropine serait peu toxique ; on doit pouvoir

Digitized by Google

l'administrer jusqu'à la dose de 6 grammes par jour; la dose moyenne serait de 1 gr. 50 à 2 gr. par doses de 0 gr. 50 par cachet. — Bp.

VOIES URINAIRES

Des ruptures traumatiques de la vessie. — Ce sont des solutions de continuité des parois de cet organe, produites par une exagération de pression intérieure qui, elle-même, est due à une violence extérieure. On les observe surtout chez l'homme dans la proportion de 90 0/0. Au moment du traumatisme la vessie se trouve presque toujours à l'état de réplétion: dans certains cas, cependant, dans les fractures du bassin, la vessie vide peut être déchirée, mais il s'agit alors plutôt d'une perforation que d'une déchirure.

La vessie peut ne pas être distendue au maximum; l'ivresse est une cause prédisposante importante, en atténuant le besoin d'uriner et en exposant à une foule d'accidents.

La rétention d'urine, quelle qu'en soit la cause, favorise la rupture, non pas en s'opposant à la sortie de l'urine, l'urètre ne joue jamais dans ce cas le rôle de soupape de sûreté; comme le dit Bartells, frappée, la vessie se rompt, sans que le sphincter cède.

Quant au mécanisme, la vessie, prise entre une force vive (chute, corps vulnérant) et un point d'appui (promontoire, pubis), se rompt grâce à l'augmentation de pression de l'urine qui ne peut s'échapper assez vite par l'urètre.

Ces ruptures sont presque toujours complètes, la paroi est complétement déchirée, en un seul point, le plus souvent. L'étendue de la rupture, sa forme sont très variables; son siège le plus fréquent est la paroi postérieure, surtout en bas.

Suivant que le péritoine est ou non intéressé la rupture est *intra* ou *extra-péritonéale*, les premières sont plus fréquentes (80 pour 100) et plus graves.

Cliniquement, on observe deux ordres de symptômes, généraux et locaux. Les premiers tiennent au shock: perte de connaissance, facies pâle, pouls fréquent, petit, respiration superficielle, nausées, refroidissement des extrémités. Les symptômes locaux sont la douleur et les troubles de la miction. En cas de rupture intra-péritonéale, le ventre est douloureux, ballonné, on trouve de la matité dans la région hypogastrique, la péritonite ne tarde pas à se déclarer. Dans la rupture extra-péritonéale la région hypogastrique est bientôt le siège d'un gonflement et d'une ecchymose.

Il est souvent difficile de savoir si la vessie est rompue et si la rupture est intra ou extra-péritonéale; cependant il importe de faire un diagnostic rapide. On se basera sur les commémoratifs, le siège de la douleur, l'hypothermie, sur la rétention d'urine et le ténesme vésical, l'absence du globe vésical, enfin sur le cathétérisme qui ramène peu ou point d'urine sanglante ou du sang pur; le shock, le refroidissement, la douleur généralisée à tout l'abdomen, la péritonite rapide feront penser à une rupture intra-péritonéale tandis que la coexistence de fracture du bassin et l'infiltration d'urine rapide, sans symptômes généraux graves feront songer à une rupture extra-péritonéale. Un moyen pourrait vider la question, c'est l'injection vésicale: elle ne sera qu'exceptionnellement employée à cause de ses dangers.

Sauf quelques rares cas très heureux qui guérissent spontanément, le pronostic des ruptures de la vessie est presque fatal si l'on n'intervient chirurgicalement et d'une façon précoce, les chances de guérisons diminuant d'autant plus qu'on attend; il faut suturer la solution de continuité et évacuer l'infiltration.

L'incision hypogastrique est l'incision de choix; elle sera combinée dans certains cas à la position de Treudelenburg. La rupture une fois sous les yeux doit être suturée; on peut, à l'exemple d'Albarran, faire deux plans, un profond, traversant toute la paroi, même la muqueuse, un superficiel, uniquement de renfort ou de précaution, ou bien, comme le conseille Vincent, ne pas intéresser la muqueuse et faisant un plan séro-musculeux et un plan séro-séreux.

Il sera très souvent nécessaire de faire un drainage péritonéal ou périnéal, en faisant une boutonnière; on laissera également une sonde à demeure.

Enfin, on ne négligera pas la médication générale qui sera toujours un utile adjuvant. — J. H. M.

OBSTÉTRIQUE

L'embolie aérienne en obstétrique. — Le nombre de cas de mort subite ou rapide par embolie aérienne n'est pas très considérable, à en juger d'après la bibliographie indiquée par M. Hübl de la clinique du prof. Braun (de Vienne). A l'occasion de deux cas observés par lui-même, Hübl a réuni ceux qui avaient été publiés antérieurement, et il en a trouvé six. Le premier date de 1887 et a été observé par Kramer (Berlin); puis Kruckenberg et Heuck en communiquèrent deux (1892 et 1894); le quatrième est dû à Boss de Breslau, le cinquième à Lesse de la clinique d'Olshausen (Th. de Breslau), et le sixième à Zorn.

Digitized by Google

Dans les deux dernières observations la mort ne survint pas sur le champ, mais seulement au bout de plusieurs heures après l'embolie.

Les deux femmes de Hübl mortes ainsi, étaient atteintes de placenta praevia compliqué d'hydramnios. L'une d'elles succomba dans la narcose au moment où l'on exécutait la version mixte, après avoir laissé écouler très lentement le liquide amniotique. Il ne put être question d'hémorrhagie. A l'autopsie on trouva le ventricule droit très dilaté, sonore à la percussion, et l'artère pulmonaire distendue par de l'air. L'utérus ne présentait aucune lésion, mais dans le placenta déchiré par l'opération une veine de la taille d'une plume était largement béante.

La seconde femme avait subi la version depuis huit heures et venait d'accoucher spontanément et d'expulser le délivre; on explora son utérus et on lui fit une injection au permanganate de potasse; peu d'instants après elle fut prise d'un frisson, la température monta rapidement à 39° et à 39°5, le pouls à 173; elle se cyanosa, fut prise de dyspnée et succomba 14 heures plus tard malgré tous les analeptiques.

Il faut retenir qu'il s'agissait dans les deux cas d'hydramnios, et que l'évacuation du liquide changea considérablement la pression intra-abdominale; les deux femmes étaient couchées, le siège relevé et les cuisses fléchies au maximum, conditions pouvant faciliter la pénétration de l'air dans l'utérus et dans une veine. Pourtant ces conditions ne sont pas indispensables pour provoquer cet accident : M. Vibert a vu un cas où l'introduction d'une sonde dans un utérus gravide au cours de manœuvres abortives criminelles avait provoqué la mort par embolie aérienne. — Bd.

CLINIQUE INFANTILE

Méningites aiguës non tuberculeuses

A côté de la méningite tuberculeuse, il existe un nombre assez grand de méningites impliquant un pronostic moins sombre et permettant d'instituer un traitement rationnel.

Ces méningites sont de natures diverses.

Il convient de distinguer des méningites secondaires aux otites, aux suppurations diverses, les méningites qui surviennent au cours de maladies aiguës générales ou localisées (fièvre typhoïde, pneumonie), les méningites primitives (épidémiques ou sporadiques).

Chacune de ces divisions présente au clinicien et au nosographe des difficultés très grandes.

S'il est facile d'imaginer la façon dont une otite aiguë se complique d'une inflammation des méninges, il convient de ne pas oublier que ces otites peuvent se compliquer de thrombose des sinus, de phlébites, d'abcès du cerveau qui provoqueront des smptômes nerveux analogues à ceux des méningites. Ces symptômes peuvent du reste apparaître dans les otites aiguës simples en dehors de toute complication.

Les symptômes de méningite au cours des maladies aiguës infantiles et notamment au début de la pneumonie impliquent-ils l'existence d'une altération inflammatoire des méninges ? On a été longtemps disposé à en douter en raison surtout de la fugacité des symptômes et de l'idée de gravité exceptionnelle des méningites. Aujourd'hui on admet volontiers que les méningites ne sont pas nécessairement suppurées, que l'inflammation peut se borner à la congestion, à l'exsudation de sérosité. On comprend parfaitement la curabilité de ces méningites séreuses.

Les méningites simples, primitives, soulèvent une autre question. Peuvent-elles exister en dehors d'une épidémie ? Existe-t-il une différence fondamentale entre la méningite cérébro-spinale épidémique et la méningite sporadique ? La bactériologie répond à cette question comme le faisait déjà l'épidémiologie. Il n'y a pas de démarcation rigoureuse entre les cas sporadiques et épidémiques. La méningite épidémique peut procéder par tout petits foyers. — En ce moment, il semble que la méningite revêt le type épidémique sur une grande partie du globe.

En dehors des signes classiques de la méningite dont les meilleurs étaient certainement : les paralysies des muscles oculaires, les altérations du fond de l'œil, la raideur de la nuque, les modifications du pouls et de la respiration, nous disposons de deux signes importants.

On ne saurait trop insister sur la valeur du *signe de Kernig* : impossibilité d'étendre complètement les genoux quand on fait asseoir le malade. Ce signe ne manque presque jamais dans les méningites non tuberculeuses. On l'observe aussi dans la majorité des méningites tuberculeuses, on ne saurait donc s'appuyer sur lui pour établir la nature d'une méningite. Les cas dans lesquels le signe de Kernig a été rencontré sans qu'il y ait eu de méningite sont rares et il y a lieu pour beaucoup de se demander si l'absence de méningite est bien certaine.

La *ponction lombaire de Quincke* fournit au diagnostic des méningites les renseignements les plus précieux. Elle ne présente aucune gravité pourvu que l'on n'aspire pas trop vivement le liquide. Le diagnostic de méningite sera évident s'il s'écoule un liquide trouble ou purulent, si ce liquide renferme des grumeaux.

Trés souvent le liquide retiré dans les méningites paraît d'abord tout à fait clair et on voit cependant par la suite s'y former un caillot fibrineux.

Il ne suffira pas de constater les qualités physiques du liquide. Il y a lieu de rechercher sa teneur en albumine, de faire l'examen microscopique, les cultures, les inoculations. Ces recherches indiqueront très ordinairement la nature de la méningite et permettront d'en déduire la cause.

La balnéation chaude introduite par Aufrecht constitue

Digitized by Google

un moyen de traitement très précieux des méningites. Dans le cas de méningites suppurées, les ponctions lombaires répétées peuvent rendre des services. — NETTER.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Etiologie de la dermatite des fileuses de cocons de vers à soie. — M. VALLIN. La pathogénie de cette affection professionnelle est jusqu'ici restée fort obscure. Rappelons tout d'abord en quoi elle consiste.

Pour dévider les cocons de vers-à-soie, on les plonge dans des bassines d'eau bouillante afin de ramollir la matière gommeuse qui agglutine les fils. Les femmes qui font ce travail arrachent d'abord le frison superficiel, puis s'efforcent de dérouler et de retenir plusieurs fils qui se brisent fréquemment ; elles séparent ensuite la bourre ou filoselle qui tapisse la paroi interne des cocons. Dès les premiers jours de ce travail, les mains, la main droite surtout, sont le siège de rougeurs et de cuissons, particulièrement aux commissures et aux espaces interdigitaux, sur les parties latérales des premières phalanges, là où la peau est le plus fine et sensible. Il se produit plus tard des gerçures douloureuses, des excoriations, des vésicules et des pustules avec sécrétion abondante, et des ulcérations superficielles. Dans les cas plus graves, la peau prend une teinte érysipélateuse, le tissu sous-cutané est envahi, il y a un gonflement avec déformation des doigts et de la main, et cet œdème peut gagner l'avant-bras et le bras ; il se produit des phlegmons et des abcès plus ou moins circonscrits. Même quand l'inflammation reste superficielle, et après la guérison des vésicules ou pustules, la peau est pendant longtemps le siège de rougeurs et de démangeaisons persistantes, les papilles cutanées sont comme hypertrophiées et saillantes, les tissus légèrement tuméfiés et les mouvements des doigts douloureux. Les accidents se produisent surtout quand on opère sur les cocons anciens, venus de l'Extrême-Orient, et conservés longtemps en magasin.

Jusqu'ici on avait attribué la maladie au ramollissement et au fendillement de l'épiderme par le séjour prolongé des mains dans l'eau chaude, à l'irritation par les matières organiques en décomposition provenant de la macération et de l'écrasement des chrysalides contenues dans les cocons. En effet, à la fin de la journée, l'eau des bassins de dévidage dégage des odeurs tellement infectes que les filatures ont été rangées dans la classe des établissements insalubres en raison de la souillure à laquelle elles exposent les cours d'eau du voisinage.

M. Fabre, d'Avignon, à la suite de longues et minutieuses recherches, a démontré qu'un principe urticant est contenu dans les déchets et excreta du ver à soie, surtout dans la bouillie urinaire que renferme la chrysalide avant son éclosion. L'eau très chaude des bassines dissout cette matière urticante et vésicante renfermée dans les cocons et les chrysalides desséchées, d'où l'action inflammatoire de cette solution irritante sur la peau des doigts et des mains des femmes chargées de ce travail. — (9 *octobre*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Pleurésies typhoïdiques. — MM. WIDAL ET MERKLEN méritent une place à part dans l'histoire des épanchements pleuraux, par la variété de leurs caractères anatomiques et de leur évolution. Elles sont en général précédées de congestion pulmonaire, puis l'épanchement apparaît, parfois fort peu abondant. Sa nature est très variable. Sur 3 cas rapportés par ces auteurs, une fois il fut séro-fibrineux et de courte durée ; une fois il fut hémorrhagique dès la première ponction, et resta tel jusqu'à la fin de la maladie. Enfin, dans un troisième cas, une ponction faite à la région moyenne du thorax ramenait du pus contenant du bacille d'Eberth, et une ponction faite le même jour à la base ramenait un liquide séro-fibrineux. Ce fait montre d'une manière indéniable que l'épanchement de la pleurésie typhoïdique peut être cloisonné. Plus tard, chez ce malade, le liquide séro-fibrineux devint hemorrhagique, de sorte que le même sujet présenta les 3 variétés d'épanchements. Le foyer purulent se vida par une vomique ; dans le pus expectoré on a pu isoler le bacille d'Eberth.

L'épanchement s'est résolu dans les trois cas, sans compliquer le pronostic et sans laisser trace de son passage.

L'exsudat s'est toujours montré doué de propriétés agglutinatives; tantôt il renferme des bacilles d'Eberth, tantôt il reste stérile (27 *juillet*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Calculs urétraux. — M. POTHERAT. Un grand nombre de ces calculs n'ont pas leur origine dans l'urètre, mais proviennent d'un calcul des voies urinaires supérieures, arrêté dans l'urètre et s'y étant accru par l'adjonction de couches nouvelles autour de la pierre primitive ; de telle sorte, qu'à la coupe, ces calculs présentent un noyau central dur, urique ou oxalique, et à la périphérie des couches de tissu mou, friable phosphatique. Aussi les observe-t-on souvent chez les malades ayant un passé pathologique des voies urinaires : blennorrhagies, rétrécissements, cathétérismes septiques ou vulnérants, cystites...

Fistule vésico-vaginale. — M. RICARD rapporte une observation de fistule vésico-vaginale rebelle, guérie par la méthode du dédoublement de la cloison vésico-vaginale. Il s'agit d'une femme opérée sept fois pour une fistule vésico-vaginale. Les six premières interventions étaient restées infructueuses ; dans la dernière, on avait pratiqué l'occlusion de la vulve, qui supprima la fistule. Mais des phénomènes de cystite grave, dus à la formation de calculs, déterminèrent cette malade à s'adresser à M. Ricard.

Digitized by Google

Il ouvrit la vulve, découvrit l'orifice utérin et, après avoir cathétérisé cet orifice pour se répérer, il libéra l'utérus de l'orifice de la fistule vésico-vaginale. La face profonde du lambeau vulvaire fut avivée jusqu'à la fistule et suturée à la face antérieure de l'utérus par un large affrontement. Pendant 10 jours, sonde à demeure pour l'écoulement des urines. Le dixième jour, les fils furent enlevés. Une petite escarre, qui se détacha alors, créa une fistulette qui fut ensuite oblitérée. La première fut dès lors définitivement guérie.

M. Schwartz rapporte également un cas de fistule vésico-vaginale de cure difficile. Il s'agit d'une femme opérée 6 fois, dont le vagin rétréci admettait à peine un porte-plume. Il commença d'abord par dilater le vagin à l'aide de tiges de laminaire pour mettre à jour l'orifice de la fistule. Celle-ci siégeait sur la paroi latérale du vagin, et les tissus indurés étaient confondus avec la branche ascendante du pubis. Il libéra avec soin tous les tissus adhérents à cette portion du pubis, puis fit la suture de la fistule. Il persista une fistulette qui guérit après une seconde opération. *(10 octobre.)*

THÉRAPEUTIQUE

Sur une créosote en poudre

Dans ces derniers temps, on s'est ingénié à faire des combinaisons de créosote. La plus originale est celle désignée sous le nom de créosoforme, contenant 96 0/0 de créosote, et se présentant sous l'aspect d'une poudre, sans odeur, sans saveur et non toxique. On peut l'employer à des doses de 2 à 4 grammes par jour, avec la facilité de la prescrire en paquets, cachets, etc... On ne tardera pas sans doute à en faire des comprimés, granulés...

En outre la créosoforme remplace avantageusement l'iodoforme à l'extérieur dans les pansements, d'après la thèse de Petit. — (Décembre 1890).

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies du sang *(Clinique de l'hôpital Saint-Antoine)*, par Georges Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, recueillies par MM. E. Parmentier, médecin des hôpitaux, et R. Bensaude, chef du laboratoire d'anatomie pathologique à l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. in-8°, broché, avec 4 planches en couleurs, par M. Karmanski.

L'hématologie est aujourd'hui une des principales études mises à l'ordre du jour. Toutes les faces de la question ont été examinées avec soin et des découvertes importantes ont surgi. Il n'en est pas dont la portée soit plus considérable que celle de la valeur thérapeutique des sérums. M. G. Hayem, l'auteur de tant d'ouvrages remarquables sur le sang, a réuni dans ce volume quelques-unes des leçons de clinique que depuis 1893 il professe à l'hôpital Saint-Antoine et qui sont relatives à cette importante question. On y trouvera, groupées méthodiquement, des études sur différentes formes d'anémies, les maladies hémorragipares, la chlorose, la technique de l'examen du sang, etc., dont l'ensemble forme une des contributions les plus complètes et les plus autorisées concernant les maladies du sang.

Prophylaxie des maladies évitables *(Guide pratique à l'usage des instituteurs et secrétaires de mairie)*, par le Dr Bedoin; médecin-major de 1re classe, avec une préface de M. le professeur Brouardel. 1 vol. in-18, *Soc. d'Edit. Scient.*, prix 2 fr. 50.

En général, surtout la population des petites villes et des campagnes est d'une profonde ignorance en fait de prophylaxie des maladies épidémiques; tout au moins n'a-t-on d'ordinaire, en province, que les notions les plus vagues, sinon les plus erronées à propos des acquisitions récentes de la science dans ce domaine, ainsi que des règles pratiques auxquelles elles ont donné lieu.

Dans ce petit livre, M. Bedoin s'est appliqué à résumer sous une forme brève et élémentaire les règles à suivre pour se préserver des maladies « évitables », en commençant par l'exposé succinct des *notions préliminaires* susceptibles de faire comprendre les précautions et mesures prophylactiques sanctionnées par l'expérience, dont la plupart sont du reste administrativement exécutoires. Un chapitre est consacré à l'*hygiène* préventive (publique et privée); un autre aux *vaccinations*; un troisième à l'*isolement*; un quatrième à la *désinfection*. Enfin, dans un cinquième et dernier, l'auteur a groupé, à propos des principales affections contagieuses, les *règles de prophylaxie spéciales* à chacune d'elles.

Ainsi conçu ce petit livre est, selon l'expression de M. le professeur Brouardel, un vade-mecum qui sera utile à tous, et particulièrement aux autorités communales.

La thérapeutique par les agents physiques, hydrothérapie, électrothérapie, thermothérapie, frigothérapie, kinésithérapie, climatothérapie, thalassothérapie, etc., par le Dr H. Guimbail, 1 vol. 568 pages. Chez Baillière et fils, éditeurs.

La thérapeutique par les agents physiques tend chaque jour à étendre le cercle de son action. L'infidélité des médicaments et l'inconstance de leurs effets font que si la thérapeutique est riche en médicaments, elle est pauvre en médications curatives.

Les agents physiques doivent être de plus en plus employés comme préventifs et comme curatifs. Leur emploi méthodique est sans danger : ici la dose thérapeutique n'est pas limitrophe de la dose dangereuse, comme dans la médication par les agents chimiques.

Dans une première partie, le Dr Guimbail aborde les questions de thérapeutique descriptive : considérations générales sur l'électrothérapie, courants polyphasés, courants de haute fréquence, franklinisation, bain hydro-électrique, hydrothérapie et frigothérapie, la lumière et ses effets physiologiques et thérapeutiques, le bain de lumière.

La deuxième partie est consacrée à la thérapeutique physiologique. M. Guimbail y étudie le mode d'action des agents physiques sur l'organisme humain, l'excitation physique en physiologie et en thérapeutique, le processus intime de nutrition et les agents physiques, l'électrogénèse animale, les conducteurs électriques discontinus, enfin l'électroesthésie.

La troisième partie, thérapeutique clinique, est l'exposé du traitement par les agents physiques des maladies auxquelles ils s'adressent plus spécialement : neurasthénie, cardiopathies, dyspepsies, maladies de l'intestin, chlorose, rhumatisme, dermatoses.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Anus contre nature dans une cavité suppurante intra-pelvienne consécutive à une hystérectomie abdominale. Issue des matières par une large fistule sous-ombilicale et par le vagin. Laparotomie, résection intestinale.

Par le Dr H. Morestin, *Chirurgien des Hôpitaux*

Le traitement des anus contre nature et des fistules stercorales, toujours très délicat, présente des difficultés sérieuses quand l'orifice intestinal ne s'ouvre pas directement à l'extérieur. Les matières sont d'abord déversées dans une cavité intermédiaire, dont les parois suppurent. Quand ce foyer pyo-stercoral siège daus une des fosses iliaques, au voisinage des anneaux herniaires ou dans la région ombilicale, on a au moins la ressource de pouvoir l'aborder sans trop de peine, et c'est déjà un point important. Il n'en va pas de même quand il faut aller dans la profondeur du bassin à la recherche de l'intestin perforé.

Entreprendre la guérison de pareil cas est toujours une tâche laborieuse et souvent fort ingrate.

Une malade que j'ai eu à traiter est un exemple des longs ennuis, des difficultés, des dangers que comporte la cure d'une telle infirmité. Une hystérectomie abdominale pour suppuration pelvienne a été suivie d'une large fistule stercorale déversant la totalité des matières par le vagin et par un orifice sous-ombilical. Cette lésion, déjà ancienne, a fini par guérir après résection de l'anse malade suivie d'entérorraphie circulaire. Mais il est nécessaire d'entrer dans le détail. Voici l'histoire de mon opérée :

Marie D..., lingère, âgée de 28 ans, est entrée à l'hôpital Saint Louis le 12 avril, dans le service de M. Richelot. Isolement, N° 10. Cette jeune femme, originaire de l'Alsace, a été opérée, il y a quatre ans, à l'hôpital d'une de nos villes de l'Est, où l'on pratiqua la laparotomie. Celle-ci fut des plus pénibles, si la malade a été bien renseignée. L'utérus a été sacrifié et les trompes enlevées. Il fallut terminer par un tamponnement.

Les suites furent assez simples, mais il persista un foyer suppurant. Dans cette cavité l'intestin s'ouvrit secondairement; les matières sortirent d'abord en en faible quantité, puis avec une abondance croissante, se faisant jour par la plaie abdominale et par le vagin.

La malheureuse a déjà subis plusieurs opérations plus ou moins sérieuses, ayant pour but de remédier à cette triste situation, mais, malgré sa résignation et sa patience, en dépit de la bonne volonté tenace de de ses opérateurs, le succès ne couronna point ces tentatives réitérées. Elle vint alors à Paris, où elle fut encore opérée trois fois sans résultat appréciable. Elle avait déjà subi onze interventions sur lesquelles je n'ai pas eu de renseignements positifs et en sollicitait une douzième, souhaitant que celle-là fut définitive dans un sens ou dans l'autre. Et en effet l'existence était peu tolérable dans les conditions où elle se trouvait. Par l'anus naturel ne sortaient plus que quelques gaz, les matières passaient en totalité par un orifice situé à égale distance du pubis et de l'ombilic, et par le vagin. Ces matières, très liquides, s'écoulaient sans interruption. Ce caractère liquide indiquait que la perforation siégeait probablement sur l'intestin grêle. Leur coloration d'un jaune verdâtre permettait même de penser qu'elle en occupait une anse assez élevée. Leur écoulement incessant rendait tout pansement illusoire, ou plutôt transformait tout pansement en un cataplasme fécal. Toute la peau du ventre était rouge, excoriée, épaissie, douloureuse, ainsi que les grandes et petites lèvres et la face interne des cuisses. L'infortunée vivait ainsi dans la souffrance et l'humiliation, excitant la répugnance et le dégoût. La palpation de l'abdomen ne donnait aucune indication très utile au point de vue de la conduite à suivre. La paroi épaissie, dure, rigide, au voisinage de la cicatrice, se laissait assez bien déprimer sur les parties latérales, sans qu'on pût reconnaître profondément ni tumeur, ni empâtement. Le toucher vaginal faisait percevoir au fond de cette cavité une sorte de bourrelet irrégulier, qui semblait formé par les débris du col ou la muqueuse froncée. En avant et à droite un point déprimé répondait a l'orifice fistuleux laissant sourdre les matières fécales. Un stylet introduit par l'orifice abdominal s'enfonçait dans le bassin jusqu'à une profondeur de 13 ou 14 centimètres. Un autre glissé par le pertuis ouvert dans le vagin, pénétrait dans la même cavité que le précédent et le rencontrait. Il était donc certain qu'il existait dans le bassin un espace où s'ouvrait l'intestin par une où plusieurs perforations, et d'où son contenu plus ou moins mélangé à du pus remontait d'une part vers la région sus-pubienne, descendait de l'autre vers le vagin.

Je pris la résolution d'aller délibérément à la recherche de l'anse malade et de tenter à mon tour le rétablissement des fonctions intestinales. Il me semblait que j'allais être conduit à une résection plus ou moins étendue suivie d'entérorraphie, me réservant d'ailleurs de modifier ce plan en cours de route, si quelque indication m'était fournie par l'examen direct des lésions.

J'opérai Marie D... le 31 juillet 1899, après l'avoir préparée plusieurs jours à l'avance par la diète lactée. La fistule abdominale était entourée de tissus cica-

Digitized by Google

triciels irréguliers. A la face profonde de cette large cicatrice devaient adhérer des anses intestinales. Il me parut moins grave de commencer par ouvrir le péritoine au-dessus et en dehors de la zone d'adhérences. pour faire une exploration plus méthodique, conduire l'opération d'une facon plus régulière, et établir des protections efficaces pour la grande séreuse, avant d'aborder la région dangereuse et septique.

Je fis donc de chaque côté de la fistule, celle-ci ayant été préalablement fermée par l'application de deux pinces de Kocher une incision paramédiane, les deux incisions se réunissant à 5 centimètres au-dessus et à 9 centimètres au-dessous. Il resta ainsi un losange allongé ayant à son centre l'orifice fistuleux. Le péritoine fut d'abord ouvert au-dessus de l'ombilic, le doigt engagé par cette boutonnière put donner des renseignements exacts sur l'étendue des adhérences pariétales. L'ouverture de la paroi fut pratiquée peu à peu, en explorant au fur et à mesure et ce premier temps déjà laborieux nous donna une première idée des difficultés que nous aurions à surmonter, tant en certains points l'intestin méconnaissable était fusionné avec le péritoine pariétal. Enfin, le ventre fut bien ouvert jusqu'au pubis, le losange cicatriciel médian étant parfaitement libre par ses bords, absolument collé par sa face profonde sur un magma d'adhérences en apparence indéchiffrables. Il fallut immédiatement faire un débridement transversal de 4 centimètres à gauche sur la paroi abdominale, dont tous les plans étaient épaissis, modifiés, indécis, et qui ne se laissait pas plus récliner que n'eût fait une plaque de bois.

Au milieu de ce pelotonnement d'anses solidement agglutinées, formant un gros paquet couvrant le détroit supérieur, il fallait maintenant trouver et isoler l'anse malade. Ce deuxième temps s'annonca tout d'abord comme à peu près impossible à mener à bien, tant les anses flétries, ratatinées, pâles, dépolies semblaient confondre leurs tissus. Je cherchai avec douceur les plans de clivage, essayant ici, puis là, puis ailleurs, laissant une anse, pour y revenir quand l'isolement de sa voisine avait rendu la situation plus claire, mettant en sûreté derrière les compresses chaque portion saine mise hors de cause, l'éloignant du champ opératoire, qui devenait ainsi plus restreint et plus net.

Après bien des manœuvres j'arrivai à isoler deux bouts intestinaux, à peine rattachés l'un à l'autre.

Les ayant fermés provisoirement par des pinces de Kocher, je poursuivis leur libération, après avoir soigneusement épongé la cavité dans laquelle ils s'ouvraient et qui n'était guère plus grande que la coque d'une petite orange. L'un des bouts était collé à la vessie, dont il fallut le séparer par une dissection très attentive, à la paroi pelvienne, et à la paroi abdominale antérieure, au-dessus de l'arcade de Fallope du côté gauche.

Enfin les deux bouts furent amenés dans l'aire de de la plaie abdominale sur un lit de compresses, le foyer pelvien ayant été lui-même bourré de compresses aseptiques, et d'autres toiles aseptiques protégeant la masse intestinale refoulée en haut.

Alors, troisième temps, je me mis en devoir de rétablir la continuité de l'intestin. Les deux bouts en présence étaient d'assez pauvre aspect ; pour trouver des parois intestinales dont la vitalité fût plus certaine, je dus rogner sur l'un et sur l'autre, et sacrifier à peu près, en somme, 12 à 15 centimètres d'intestin.

Après hémostase du mésentère, je fis l'entérroraphie circulaire, par deux rangées de sutures à la soie très fine, un plan muqueux et un plan musculo-séreux.

Enfin, la plaie abdominale fut refermée partiellement. Le losange cicatriciel, dont il a été parlé au début, avait été décollé au cours de l'opération et enlevé. Le débridement latéral fut réparé par des sutures profondes et superficielles. L'anse restaurée fut laissée derrière la paroi, tout près de l'orifice de drainage, par lequel sortaient des mèches de gaze enfoncées dans le foyer pelvien. D'autres furent placées par le vagin.

Cette opération, très minutieuse et nécessitant sur tout de la douceur patiente, avait été longue. Il avait fallu près d'une heure et demie pour la terminer. Elle avait pu s'effectuer très régulièrement, malgré sa complexité.

Les suites ne furent pas sans nous inspirer quelques inquiétudes.

Le lendemain, 1er août, à la visite du matin, je trouvai l'opérée dans un état assez satisfaisant. Elle n'avait pas vomi, le pouls était trés régulier, le facies excellent, le ventre souple et fort peu douloureux. Pourtant, il s'était fait par le vagin un écoulement séreux si abondant que le pansement et même l'alèze en étaient traversés. Bien qu'il fût sans odeur caractéristique, on aurait pu songer à un écoulement d'urine attribuable à une perforation de la vessie. Il n'en était rien, et c'était de la sérosité sécrétée par le péritoine qui filtrait ainsi par le vagin. On donna à la malade dix gouttes de laudanum pour prolonger la torpeur intestinale favorable à la bonne réunion des bouts suturés. La veille et l'avant-veille de l'opération, elle en avait déjà pris la même dose,

Le 2 août, l'état de notre malade était beaucoup moins rassurant.

La température était à 38 et le pouls à 130, un peu petit, mais régulier encore.

Depuis la veille, il n'y avait pas eu d'urine émise par la miction.

Digitized by Google

On songea d'abord à de la rétention. Mais c'était plus grave. La sonde introduite dans la vessie ne ramena pas une goutte d'urine. La cavité n'avait pas été ouverte, une injection poussée par la sonde la distendait et revenait claire sans que rien passât par le ventre ou le vagin.

Il y avait donc anurie. La malade se plaignait, d'ailleurs, de vives douleurs dans la région lombaire des deux côtés.

On cessa l'opium et les boissons alcoolisées. On mit quelques ventouses sur la région lombaire, des injections de sérum furent pratiquées à plusieurs reprises sous la peau des membres, et la diète lactée fut imposée.

Le soir, elle eut 39, mais recommenca à uriner, émettant par la miction un verre à liqueur d'une urine très foncée.

Cette quantité augmentait très notablement le lendemain, et en 4 jours, la sécrétion urinaire était abondamment rétablie. Il n'y avait plus eu de fièvre, ni d'accélération du pouls, et nous étions dès lors complètement rassurés au point de vue vital.

Les fils de la suture superficielle furent enlevés le 13, réunion s'était faite d'une manière très satisfaisante; la partie de la plaie laissée ouverte était en voie de cicatrisation; les mèches tampons avaient été retirées dès les premiers jours, et la cavité où elles avaient été placées, était déjà presque complètement effacée par l'abaissement graduel du paquet intestinal. L'anse suturée avait suivi ce mouvement de descente générale. Elle avait été laissée dans le voisinage de l'ombilic. Chaque jour, elle se rapprochait du pubis, et vint finalement se mettre de nouveau en contact avec la vessie.

La ligne de sutures était toujours reconnaissable, et plusieurs des fils de soie s'éliminèrent.

Le 9e jour, il y eut une selle, provoquée par un lavement, et depuis, des selles normales et quotidiennes.

Mais tout n'était pas fini encore. Le 16 avril, la malade, moins surveillée depuis qu'elle était hors de de danger, et considérée comme en voie de guérison, se leva seule, voulut marcher, glissa sur le parquet, et dans le brusque effort qu'elle fit en tombant, pour se relever, sentit au bas ventre une assez vive douleur.

Faut-il attribuer à cette chute l'accident qui survint alors? Ce n'est pas certain, mais possible. L'anse adhérente à la paroi et tendue en travers de la plaie abdominale de l'un à l'autre muscle droit présentait sur la ligne médiane sa zone de suture, sans défense en avant et en bas. En examinant la malade, le 17, lendemain de cette aventure, je constatai une petite rupture de la ligne de réunion des tuniques musculo-séreuses des deux bouts. La muqueuse faisait à travers cet écartement, long de 6 à 7 m/m, une petite hernie. Ce que je redoutais, se produisit bientôt. Une petite eschare se forma, et sa chute amena une perforation grande comme une tête d'épingle. Elle augmenta juste assez pour permettre l'éversion d'une petite collerette de muqueuse, formant un minuscule bourrelet rougeâtre. Les liquides intestinaux filtrant par ce pertuis, je crus un instant que c'était l'insuccès. Mais je me rassurai en songeant à l'étroitesse de cet orifice. Je fis, par deux fois, la cautérisation du mamelon formé par la muqueuse à l'aide de la fine pointe du thermocautère, et la petite perforation s'oblitéra en peu de jours.

Cependant, il persista pendant plusieurs semaines un trajet abdomino-vaginal, donnant issue à quelques gouttes de pus. Pour en obtenir la cicatrisation, j'y fis passer un petit drain sortant par le vagin. Le trajet où l'on faisait en, outre, tous les deux jours, des injections de sublimé, d'eau phéniquée faible ou d'eau iodée, s'oblitéra ainsi de la peau jusqu'au vagin.

Depuis longtemps, la malade allait et venait dans les salles, servant d'infirmière accessoire, ayant repris bon appétit et bonne mine. Sa guérison fut complète et parut définitive vers le milieu d'octobre.

L'état de Marie D... était devenu très satisfaisant; la cicatrice semblait solide, le ventre restait souple et la malade qui avait d'ailleurs considérablement engraissé, n'accusait aucune souffrance. Mais vers la fin de novembre, un petit abcès s'ouvrait au bas de la cicatrice et il en résulta une fistulette. Celle-ci parut plusieurs fois se fermer, mais au bout de plusieurs jours, une gouttelette de pus se montrait à nouveau.

Dans le courant de janvier, après dilatation par une laminaire, je tentai un prudent curettage.

Les choses semblaient bien aller, quand la malade quitta brusquement l'hôpital, chargée d'une lourde valise, elle venait de faire une longue course quand des matières fécales sortirent à nouveau par la fistule. Elle entra dans le service de M. Duplay, à l'Hôtel-Dieu. Au bout de quelques jours, les choses s'arrangèrent spontanément et la malade put être envoyée au Vésinet, d'où elle m'a écrit pour m'annoncer sa guérison.

Je n'osais pas croire qu'elle fût, en effet, guérie, mais je pensais que la perforation qui s'était produite ne devait pas être bien grande, et que les conditions étant beaucoup plus favorables depuis l'oblitération de l'orifice vaginal, et la suppression du clapier intrapelvien, il n'était pas impossible qu'elle se fût, en effet, fermée.

J'ai revu la malade le 17 mars, au moment où elle

Digitized by Google

allait repartir pour son pays. Elle était persuadée qu'il ne restait plus rien, et que sa cicatrice était irréprochable. Il n'y avait plus rien, en effet, de la perforation intestinale, et de ce côté, tout semble terminé encore une fois.

Mais j'ai découvert sans surprise une toute petite fistulette, trop étroite pour permettre l'introduction d'un stylet et donnant lieu à un si faible écoulement que la malade en ignorait l'existence.

Depuis, elle m'a donné de ses nouvelles. Elle m'a écrit pour m'annoncer que deux gros fils étaient sortis par la fistule et que, depuis, la plaie était réellement et parfaitement fermée. Ces fils étaient ceux qui avaient été laissés sur le mésentère.

Étant donnée la difficulté du cas, je tiens ce résultat pour satisfaisant. Si la cure a été lente, il faut songer aux conditions très défavorables dans lesquelles elle a été entreprise. Il faut songer à ce qu'était l'état de la malade, à l'extrême complexité des lésions, et surtout à ce foyer pelvien suppurant, entouré d'adhérences, où s'ouvrait la perforation intestinale et qui était, à vrai dire, la pierre d'achoppement.

On doit se demander, toutefois, si le but n'aurait pu être atteint plus rapidement, à moins de frais, et par une opération moins dangereuse.

Avant d'entreprendre cette intervention, j'avais, bien entendu, réfléchi aux divers partis à prendre, et examiné les applications possibles à ce cas particulier, des méthodes habituellement usitées dans la cure des anus contre nature.

Or, un certain nombre de procédés qui constituent d'utiles ressources dans beaucoup de cas, pour les anus ouverts à l'extérieur, avaient été éliminés tout de suite pour cet anus profond et cavitaire, ainsi l'entérotomie, la section directe de l'éperon, l'entérorraphie latérale, etc. L'abord direct de la lésion était impossible. On ne pouvait songer à aucune dérivation du côté du rectum. Le vagin ne donnait pas accès sur la perforation, et l'on ne pouvait songer à rien tenter parcette voie. Il eût été plus déraisonnable encore de chercher à atteindre le foyer pelvien, soit par une incision parasacrée, soit par une incision suspubienne transversale, pour aborder l'anus sans intéresser le péritoine. En réalité, il fallait tout ou rien, et si l'on voulait tenter quelque chose de définitif et non faire une nouvelle opération inutile, il était nécessaire. sinon de prendre ses aises et opérer commodément, du moins d'y voir clair et de se mettre en mesure de mener à bien l'intervention.

Ouvrir l'abdomen assez largement pour permettre une exploration sérieuse, d'après laquelle on pourrait prendre à l'égard de l'intestin, une détermination définitive, nous parut être la première indication. On se réservait ainsi de modifier le plan opératoire au dernier moment, après avoir constaté de visu l'état des organes.

Il fallait attendre cette incision exploratrice avant de se décider d'une façon ferme, car l'examen extérieur, ni les signes fonctionnels, ni l'exploration des trajets ne nous renseignaient d'une manière complète ni sur la lésion elle-même, ni sur la disposition des organes environnants.

Ceci fait, nous avions, en réalité, à choisir entre trois méthodes : l'entéro-anastomose, l'exclusion intestinale et la résection.

Quand dans un anus contre nature, on peut aisément aborder et reconnaître les deux bouts de l'anse malade, dont, pour une raison quelconque, il est difficile et dangereux d'entreprendre le traitement direct, anastomoser ces deux bouts est une opération simple et une bonne opération. Elle permet, par exemple, de ne pas toucher à un foyer septique, de laisser en place une tumeur inextirpable, d'éviter des manœuvres longues et compliquées dans des régions d'un abord malcommode.

Etait-ce donc ici le cas? A priori je ne le pensais point, et l'aspect des lésions après l'ouverture du ventre m'a confirmé dans cette manière de voir. Un très grand nombre d'anses intestinales étaient fusionnées, pelotonnées, formant une masse inextricable. Pour que l'intervention fût simple et rapide, il aurait fallu prendre au-dessus de cette masse une des rares anses libres et la mettre en communication avec le gros intestin. Comme la perforation siégeait déjà très haut sur l'intestin, on aurait ainsi anastomosé la partie toute supérieure du jejunum avec le colon. Or, de deux choses l'une, ou bien l'anastomose eût été une voie de déviation suffisante et c'était en somme la suppression presque complète du tude digestif, ou bien elle eût été insuffisante et l'opération aurait en somme échoué. Entreprendre la libération des anses, pour en anastomoser une voisine de la perforation, c'était faire une intervention très complexe, et une anastomose dans des conditions très médiocres. Si l'on avait voulu anastomoser avec une anse sous-jacente à l'anus, il aurait fallu d'abord libérer cette portion, la reconnaître, l'isoler, agir dans la région infectée qu'elle bornait, risquer la diffusion des éléments d'infection, faire perdre en somme à cette opération ses caractères de bénignité et de sécurité. En outre, après avoir ouvert le ventre, on laissait au voisinage de la plaie le foyer infecté, source possible d'ennuis après l'opération. Puis cette cavité suppurante en communication avec un segment d'intestin aurait mérité ultérieurement un traitement long et compliqué.

Des considérations du même genre s'appliquaient également à l'exclusion. Il eût fallu pour bien faire

Digitized by Google

exclure une étendue considérable d'intestin étant donnée la grande quantité d'anses agglomérées.

On laissait en outre un foyer anfractueux et profond en communication avec l'anse ou les anses exclues, et c'était pour l'avenir des menaces d'accidents presque certains, et la nécessité presque inéluctable d'interventions ultérieures, elles-mêmes plus ou moins graves. Cette exclusion, ressource utile dans certains cas, nous paraissait donc ici peu tentante à priori. La résection, par contre, à condition qu'elle fût suivie de succès, était beaucoup plus séduisante, car en sacrifiant un minimum d'intestin, elle permet d'espérer non seulement la suppression de l'écoulement fécal et le retour complet des fonctions intestinales, mais même l'entière guérison.

A supposer que celle-ci puisse à la rigueur être obtenue par les autres méthodes, ce résultat est lointain, tardif, au lieu qu'on peut l'attendre de la résection dans un temps relativement court. Mais à la vérité cette intervention est laborieuse et grave. C'est proprement jouer le tout pour le tout.

Le bout supérieur distendu étant généralement plus facile à suivre et isoler, si la densité et la complexité des adhérences m'avaient forcé à abandonner l'inférieur je me proposais de greffer ce bout supérieur libre soit dans le colon pelvien, soit dans le cœcum. C'eût été encore un pis-aller, mais défendable. Comme toutes les matières sortaient par l'anus contre nature, le tube digestif au point de vue fonctionnement se terminait en somme à cet anus. Comme la malade vivait ainsi depuis longtemps déjà, c'est que cette longueur d'intestin était à la rigueur suffisante. Renoncer au reste de l'intestin grêle était dès lors un fait acquis. Evidemment, mais mieux vaut encore la restauration dans l'état normal.

Notre malade vivait, sans doute, se contentait d'un minimum de boyaux, mais elle vit mieux avec un intestin complet, puisque de maigre et émaciée, elle est devenue grasse et plantureuse.

En définitive la résection, car dans d'aussi larges perforations on ne peut guère songer à une restauration directe et il faut supprimer pour refaire complètement, suivie d'une entérorraphie circulaire ou longitudinale, nous paraît à tout prendre l'indication à suivre, sauf le cas d'impossibilité.

L'histoire de notre malade prouve qu'il ne faut pas se laisser rebuter par le premier aspect des lésions. Après quelques tatonnements la situation se simplifie, les organes noyés dans les adhérences se laissent séparer, reprennent peu à peu leur tournure habituelle, le décollement poursuivi sans impatience, avec une douceur obstinée fait évanouir peu à peu les obstacles et permet enfin d'aborder et de traiter la lésion.

De pareilles manœuvres au voisinage d'un foyer septique paraissent infiniment dangereuses. Elles le sont en réalité beaucoup moins qu'on ne pourrait le croire, si l'on applique les règles de technique générale, employées couramment en chirurgie abdominale, quand il s'agit de traiter des lésions septiques. Eloigner du champ opératoire les anses saines, établir des barrières protégeant le péritoine sain, circonscrire la zone dangereuse, empêcher toute effusion de matières, veiller à l'infection consécutive par le drainage, l'isolement du foyer septique, c'est diminuer le danger dans des proportions considérables. Sans ces précautions l'intervention large se présenterait avec un caractère tellement aléatoire qu'on ne saurait la préconiser.

Les petits accidents ultérieurs auraient pu tout compromettre il faut bien l'avouer. Du moment qu'on ne pouvait réunir complètement d'emblée, il fallait bien s'y attendre. Peut-être qu'avec une anastomose longitudinale et oblitération des deux bouts, on se serait mis à l'abri de la petite désunion survenue quelques jours après. Pour l'accident analogue survenu tardivement, il est probable que la curette ou la laminaire avait entamé la paroi intestinale.

Si la malade avait gardé le lit il ne se serait peut-être rien produit, mais les efforts et les fatigues ont contribué sans doute à faire céder la paroi amincie. La cicatrisation spontanée de cette perforation est due à la disposition de la plaie, réduite à trajet fort étroit, et au rétablissement du calibre intestinal.

CLINIQUE MÉDICALE

De l'évolution de la varicelle

Par M. Pierre Merklen
Médecin de l'hôpital Laënnec

En raison de son habituelle bénignité, la varicelle échappe à l'observation médicale régulière, et les détails de son évolution n'en peuvent être précisés que par le médecin qui suit une épidémie dans sa propre maison, dans un asile ou un pensionnat. Il est donc intéressant, quand l'occasion s'en présente, d'observer de près la marche de cette fièvre éruptive : les circonstances m'ayant amené à suivre presque heure par heure quatre enfants d'une même famille successivement atteints, j'ai pu relever quelques particularités intéressantes.

I. — J'ai constaté tout d'abord que, contrairement aux descriptions classiques, l'éruption précédait la fièvre dite d'invasion. Pour l'entourage, la varicelle est annoncée, soit par quelques malaises avec mouvement fébrile, soit par l'apparition de boutons vésiculeux de la face et du cuir chevelu. Ce n'en est pas le début réel, car l'examen, fait dès ces premières manifestations apparentes, révèle déjà dans le dos et

Digitized by Google

sur la poitrine quelques vésicules en voie de dessiccation remontant à vingt-quatre heures au moins. J'ai eu la preuve directe de cette antériorité de l'éruption du tronc chez un de mes petits malades, observé plus attentivement à ce point de vue : sa varicelle était considérée comme inévitable après l'inefficacité des mesures d'isolement immédiat prises pour les premiers. Chez lui, les vésicules caractéristiques apparurent sur le haut du thorax près de quarante-huit heures avant celles de la face et avant la fièvre ; il n'y en eut que deux le premier jour, quelques autres le lendemain, cela sans malaise ni fièvre aucune, et la maladie n'était vraiment caractérisée que le troisième jour, ce qui ne l'empêcha pas d'être intense. Les poussées éruptives se sont faites d'ailleurs suivant un ordre identique chez mes quatre malades: elles se sont montrées d'abord sur le tronc et dans le dos, puis dans le cuir chevelu, à la face, à la nuque et la région abdomino-génitale ; les extrémités ont été prises les dernières, avec une localisation élective au niveau des espaces interdigitaux des mains, des bords et de la face plantaire des pieds. La durée de la période éruptive fut de quatre à cinq jours.

J'insiste sur le début insidieux et latent de la varicelle, qui rend illusoires toutes les mesures de prophylaxie et d'isolement. La contagiosité est d'ailleurs immédiate, cela est depuis longtemps établi, et l'éruption y parait étrangère. Où se trouve et comment se transmet le contage? Nous ne le savons pas. Il est possible que les croûtes en contiennent encore les agents, mais la propagation de la maladie ne se fait pas habituellement par leur intermédiaire.

II. — Trois de mes malades ont eu pendant trois à quatre jours une fièvre continue irrégulière ; chez un seul la maladie a été apyrétique. Or, l'évolution de la varicelle a été chez ce dernier particulièrement bénigne et surtout remarquable par l'absence de transformation purulente du liquide des vésicules. Mes trois fébricitants eurent une véritable période de suppuration caractérisée par une dernière poussée thermique le quatrième ou cinquième jour, le gonflement de la face ou tout au moins du nez, enfin l'apparition à la face, à la nuque, aux mains et sur tout aux pieds de vésicules et même de bulles remplies de pus. La dessiccation de ces éléments ne se fit qu'après plusieurs jours, alors que celle des vésicules citrines du tronc se produisait en quelques heures ou au plus en un jour ; de plus les croûtes consécutives aux vésicules purulentes étaient particulièrement épaisses et elles ne tombèrent qu'au bout de trois semaines et même plus, laissant à leur suite de petites cicatrices cupuliformes qui furent le résultat de la suppuration et nullement du grattage.

S'il était permis d'employer la terminologie reçue pour la variole, je dirais volontiers, en me basant sur ces cas, à la vérité trop peu nombreux, qu'il existe une varicelle vraie caractérisée par la fièvre, la suppuration des vésicules et la longue durée de la période de dessication qui atteint trois semaines, et une varicelloïde, apyrétique, sans période de suppuration, à dessiccation rapide se faisant en dix ou quinze jours, forme atténuée de la maladie.

III. — Je ne ferai que mentionner en terminant l'influence d'appel qu'exercent sur l'éruption varicelleuse les irritations cutanées de quelque nature qu'elles soient. M. Galliard a vu une poussée éruptive abondante provoquée par un badigeonnage iodé. Une écorchure préalable du cou-de-pied s'est trouvée entourée, chez un des malades, d'une colonie circulaire de vésicules. Des macules érythémateuses par piqûres de puces se sont immédiatement vésiculées chez un deuxième. Le premier de la série, celui qui importa la maladie, avait de l'eczéma des orteils d'un seul pied, et il eut de ce côté une poussée particulièment intense de bulles purulentes. La pathologie expérimentale et la clinique nous ont depuis longtemps appris l'influence des irritations traumatiques ou autres sur les déterminations locales des infections générales; la varicelle ne fait pas exception à cette loi de pathologie générale.

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

L'Etain

Le « *Jupiter* » des Anciens préconisé comme vermifuge par Paracelse, a été, après le mercure, de tous les métaux celui qui a joui de la réputation la plus grande comme anthelmintique. Au milieu du XVII siècle, au rapport de Sprenzel, dans son histoire de la médecine, la limaille d'étain était conseillée, même contre le tænia, à la dose de 2 à 4 grammes, plusieurs jours de suite. Au temps de Fourcroy, on administrait, à titre de vermifuge, un verre de vin sucré qu'on avait laissé séjourner 24 heures dans un vase d'étain. Au début de ce siècle, Rudolphe ne craignait pas de prescrire jusqu'à 50 grammes de poudre d'étain dans un électuaire. Actuellement, l'étain a disparu de la matière médicale, bien qu'en 1898 Dommes ait tenté sa réhabitation en le présentant comme le médicament le meilleur et le plus agréable pour provoquer l'expulsion du tænia ; son action serait certaine ; il est de plus dépourvu de saveur et est exempt de tout effet accessoire ; Dommes l'a donné aux doses de 0,50 c. 4 fois par jour.

La poudre d'étain dont la préparation pénible figurait au Codex s'obtient actuellement par voie électrolytique. On peut admettre que son action anthelmin-

Digitized by Google

tique est due aux combinaisons salines que l'étain contracte au contact des liquides du tube digestif : les petites doses seraient donc plutôt indiquées.

On pourra formuler soit :

L'électuaire de Mathieu.

Etain pulvérisé	30 grammes
Fougère mâle pulvérisée	24 —
Semen-contra	15 —
Sulfate de potasse	4 —
Jalap	4 —
Miel	Q. S.

Soit cet électuaire :

Etain pulvérisé	10 grammes
Aunée pulvérisée	2 —
Jalap pulvérisé	2 —
Miel	10 —

Soit encore les bols de Swédiaur :

Etain pulvérisé	1 gramme.
Ec. d'oranges amères confite	2 —
Sucre	q. s.

Pour un bol : 2 par jour, pendant 3 jours.

Ou bien administrer l'étain suivant la méthode d'Alston :

Le 1er jour,	30 gr.	d'étain pulv.	avec 120 gr.	de mélasse.
Le 2e jour,	6	—	— 25	—
Le 3e jour,	6	—	— 25	—

Et une purgation.

A. B.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Sur l'emploi des épilatoires. — Les épilatoires que l'on trouve dans le commerce sont pour la plupart à base d'arsenic ou de sulfhydrate de calcium.

Les premiers, qui jouissent d'une plus grande faveur que les seconds parce qu'ils sont inodores, contiennent ordinairement de l'acide arsénieux et peuvent occasionner de graves accidents, aussi leur emploi doit être absolument proscrit.

Voici la formule d'une poudre à base de sulfure d'arsénic que l'on peut considérer comme type de ce genre de préparations :

Rusma ou poudre épilatoire.

Bonne chaux éteinte	1.500 grammes
Orpiment	250 —

Mêlez les ingrédients en les passant ensemble dans un tamis ; gardez dans des flacons bien bouchés.

Mêlez la poudre épilatoire avec assez d'eau pour lui donner la consistance d'une crème ; étendez cette crème sur la partie velue pendant cinq minutes environ, ou jusqu'à ce que l'action caustique sur la peau vous avertisse de la retirer ; procédez ensuite comme lorsqu'on se rase, mais en employant, en guise de rasoir, un couteau à papier d'os ou d'ivoire ; lavez ensuite la place à grande eau et mettez un peu de coldcream.

L'orpiment, il est vrai, est presque inerte quand il est pur, mais celui qu'on trouve dans le commerce contient souvent jusqu'à 95 % d'acide arsénieux et serait-il pur que par son mélange avec la chaux il serait probablement décomposé avec formation d'acide arsénieux.

Ces préparations ont été très combattues en France et dans l'industrie on n'emploie depuis longtemps, pour enlever les poils des peaux, que des épilatoires à base de chaux ou de sulfure de calcium.

Les deux formules les plus employées sont les suivantes :

Dépilatoire ou épilatoire Boudet.

Chaux vive pulvérisée	10 grammes
Sulfhydrate de soude	3 —
Amidon	10 —

On délaye cette poudre dans un peu d'eau et on l'applique sur les parties que l'on veut épiler ; l'effet est produit en vingt à trente minutes.

Dépilatoire de Bœttger. — On fait passer un courant d'acide sulfhydrique dans un lait de chaux très épais jusqu'à saturation. Puis on prend de ce sulfhydrate de chaux bien égoutté vingt grammes ; glycérolé d'amidon et amidon 10 grammes de chacun ; essence de citron ou autre X gouttes.

Appliquez la pâte et lavez après vingt à trente minutes de contact.

On peut encore employer directement le sulfhydrate de calcium que l'on trouve dans le commerce à l'état pâteux et l'appliquer sur la peau, mais dans ce cas l'action est plus prompte et se manifeste au bout de quatre à cinq minutes.

Le suc des feuilles de l'hernandia sonora a été également préconisé comme épilatoire. D'après Burnett il détruirait infailliblement le poil sans nuire à la peau.

L'hernandia sonora est une plante de la famille des laurinées qui croît aux Antilles et dans l'Inde.

Enfin le Dr Butte a proposé la formule suivante :

Teinture d'iode	3 grammes
Essence de térébenthine	6 —
Huile de ricin	8 —
Alcool	48 —
Collodion	100 —

Pour badigeonner 3 ou 4 jours la surface velue, tous les poils restent adhérents en enlevant la couche collodionnée.

Autre formule.

Epilatoire dit « Américain » :

Iode	8 grammes
Essence de térébenthine	1 —
Teinture de castoreum	2 —
Alcool absolu	10 —
Collodion	30 —

Même mode d'application.

Nous n'avons pas expérimenté ces formules mais, dans tous les cas, il faudra les préparer avec précautions, l'iode et l'essence de térébenthine formant un mélange detonant.

Pilules expectorantes :

Kermès	0 gr. 02
Extrait d'opium	0 — 01
Gomme ammoniaque	0 — 02

Pour une pilule. — En prendre 4 à 5 par 24 heures.

Mélange excitant :

Liqueur d'Hoffmann	8 grammes
Teinture de noix vomique	2 —
— de cannelle	8 —
— de vanille	2 —

M. huit à dix gouttes trois fois par jour.

A. G.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement de la maladie de Little. — Entre les cas bénins de maladie de Little qui guérissent d'eux-mêmes spontanément, et les cas graves accompagnés de malformation cérébrale, d'idiotie, d'épilepsie, qui constituent une infirmité incurable, il y a place pour un grand nombre de cas intermédiaires où le traitement est nécessaire et peut encore être efficace.

C'est à ces cas que s'applique le traitement mécanique de la maladie de Little tel que M. Lebeuf l'a formulé (Thèse de Paris, 27 oct. 1899).

Outre les règles d'hygiène générale appliquables à l'enfance, les bains chauds prolongés, les bains salés, les frictions alcooliques ou excitantes, les frictions sèches sur le tronc et les membres, le traitement mécanique comprend le massage, la mobilisation des membres et l'éducation des muscles.

Le massage combat l'atrophie et les rétractions fibrotendineuses, assouplit la peau et le tissu cellulaire, diminue la contracture.

En cas de paralysie spasmodique, on masse les membres inférieurs en totalité : les frictions, d'abord légères, iront en s'accentuant jusqu'à un véritable pétrissage, non seulement des muscles contracturés pour les assouplir, mais aussi des muscles antagonistes pour les fortifier. Quand les membres supérieurs sont pris, on les traite de même. Chaque séance de massage doit durer de huit à quinze minutes.

Pour la mobilisation des membres, on place le malade sur une table longue de 1 mètre 80, large de 50 centimètres, recouverte de toile cirée rembourrée d'étoupe.

On fait d'abord exécuter au malade des mouvements passifs d'extension et d'abduction de la cuisse. Le malade est couché sur le ventre ; le membre à mobiliser et la moitié correspondante du tronc portent à faux. Un aide pratique la contre-extension du thorax. Un second aide se place au niveau de la hanche correspondante qu'il soutient avec la main gauche placée dans l'aine, le pouce sur le trauchanter, et la main droite placée sur la fesse. Un troisième aide, en face de l'opérateur, maintient l'autre jambe étendue sur le bord de la table.

L'opérateur saisit le membre à mobiliser dans le bras gauche, au-dessus du pied, pendant que la main droite saisit la cuisse un peu au-dessus du genou. Il exerce des mouvements de flexion et d'extension forcée pour vaincre la contracture des fléchisseurs de la cuisse ; puis pour vaincre la contracture des adducteurs, il fait de l'abduction avec circumduction, sans brusquerie, d'une manière lente et soutenue. Les mêmes mouvements sont ensuite imprimés à l'autre membre.

On imprime ensuite les mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse. Pour cela l'enfant, maintenu sur le ventre, est placé au milieu de la table. L'opérateur place une main sous le genou, l'autre saisissant la plante du pied ; on fait alors des mouvements de flexion et d'extension forcée pour combattre la contracture des fléchisseurs de la jambe sur la cuisse.

Pour les mouvements du pied, l'enfant est assis sur le bord de la table et maintenu par deux aides, le premier pour tenir le corps et l'autre membre, le second pour soutenir la jambe pendant que l'opérateur saisit le pied à pleine main, les doigts de l'autre main embrassant le talon, la paume appuyant sur la saillie des os du tarse subluxés (varus equin). Il exerce alors des mouvements énergiques de redressement en abduction, flexion et rotation en dehors.

On peut dans certains cas appliquer après le massage des attelles qu'on change tous les trois ou quatre jours ; plus tard on remplace les attelles par une bande roulée qui redresse le pied.

L'éducation des muscles est obtenue par des mouvements actifs commandés au malade. On apprend ainsi aux enfants à coordonner leurs mouvements et à s'en servir pour la marche. On peut se servir du chariot flamand, de bâtons, mais non de béquilles qui compriment les nerfs et les vaisseaux.

Mais il est des cas où les déformations et les rétractions sont trop accentuées, pour être vaincues par le massage et où il faut recourir à des opérations chirurgicales. M. C. Roux, passe en revue les divers procédés à employer (Thèse de Paris, octobre 1899).

Les attitudes vicieuses seront combattues par les ténotomies, les ténectomies, les myotomies, les névrectomies, les greffes tendineuses, etc.

Mais ces moyens chirurgicaux ne doivent être employés qu'après la disparition complète de la contracture musculaire pour obvier à la rétraction fibrotendineuse. L'anesthésie chloroformique qui permet un examen fonctionnel complet est toujours nécessaire pour donner la mesure des interventions.

Pour corriger l'équinisme, on fait la section du

Digitized by Google

tendon d'Achille au niveau des deux malléoles; la méthode sous-cutanée est préférable, suivant Redard et Lorenz. Le pied est ensuite fixé à angle droit sur la jambe dans un appareil plâtré (C. Roux), en flexion dorsale prononcée, suivant Lorenz.

Pour corriger la rétraction des muscles de la patte d'oie, donnant lieu à de la flexion de la jambe, la ténotomie à ciel ouvert est préférable.

Contre la rétraction des adducteurs de la cuisse, déterminant un croisement des jambes, on peut soit user de l'abduction forcée sous le chloroforme, soit plutôt de la ténotomie sous-cutanée à la partie supérieure de la cuisse. Si le spasme des adducteurs est excessif, on peut, suivant Lorenz, le combattre par la névrectomie ou résection du nerf obturateur.

La flexion spasmodique de la hanche peut-être corrigée par le redressement forcé.

Enfin contre certaines déformations par rétraction, Eulenburg a employé la transplantation tendineuse.

Aussitôt après le redressement chirurgical, le membre doit être fixé en bonne position grâce à un appareil plâtré. Celui-ci doit se mouler admirablement sur les membres, être solide et léger, et ne pas blesser le malade. Il se confectionne avec des bandes plâtrées de 4 à 5 mètres de long et 5 centimètres de large. L'enfant, suspendu par la tête, les bras ballants, est préalablement revêtu d'un maillot collant, ou bien de grands bas, selon la région à redresser, en tissu des Pyrénées, dont la partie moufflue est placée contre la peau; on applique ensuite les bandes plâtrées. On peut fortifier certains points par des attelles en tarlatane plâtrée. Lorsque l'appareil est sec on dégage certaines parties, comme les aisselles, le cou, les parties génitales; le ventre doit être protégé par une couche d'ouate appliquée sur le maillot.

Pendant les premiers temps l'appareil gêne l'enfant, puis il s'y habitue fort bien lorsqu'il est habilement construit. L'immobilisation doit être de trois semaines, suivant Redard.

L'appareil plâtré enlevé, le membre reste encore dévié, les mouvements sont douloureux, limités. Il faut alors fortifier les muscles et mobiliser les articulations. On y arrive en mettant en œuvre les moyens mécaniques qui sont indiqués plus haut, les massages et manipulation des membres, l'électrisation des muscles, la marche graduée au moyen de béquilles, du chariot de Forest Willard ou de Darach, de l'appareil de Robin, etc.

Enfin le traitement sera complété par un régime fortifiant, par l'hydrothérapie (douches, drap mouillé, tub). Si les enfants sont excitables, les douches tièdes, les bains tièdes de son et de tilleul sont excellents. Les cures maritimes sont absolument contre-indiquées; par contre les cures thermales de Salies-de-Béarn, Balaruc, Salins, Baden-Baden, Kissingen, ont une action bienfaisante sur l'état général. — E. L. M.

CLINIQUE MÉDICALE

La tension artérielle dans les maladies mentales. — Profitant de la découverte du tonomètre de Gaertner, M. Pilcz, assistant du professeur Wagner, de Vienne, a mesuré la tension artérielle de 240 aliénés. Les malades atteints de spasme vasculaire des doigts ou de paralysie angiomotrice de la main durent naturellement être éliminés de l'examen à cause du mode d'emploi de l'instrument.

Les résultats principaux sont les suivants ; les paralytiques généraux présentent au début de leur maladie une tension très voisine de la normale, mais d'habitude légèrement abaissée, soit à 100 ou 110 millimètres : avec la progression de la maladie le chiffre tombe de plus en plus bas, si bien que dans la période du gâtisme et de la cachexie elle est à 80 et même à 50. Cet abaissement considérable coïncide toujours avec l'apparition d'ulcérations de décubitus; parfois il est le signe d'une mort prochaine ; par contre, si le sujet devient comateux, si le thermomètre tombe sous 36° et si la tension ne baisse pas, on peut faire en toute sécurité un pronostic favorable. Les rémissions qui peuvent être si longues dans cette maladie, s'accompagnent toujours d'un relèvement de la tension. Font exception à ces règles les paralytiques généraux atteints en même temps d'artériosclérose généralisée ou de néphrite artérielle, ou encore ceux qui présentent du délire mélancolique ou angoissant.

Dans la mélancolie simple, on voit régulièrement des chiffres très élevés, d'habitude 100 à 140 millim.: si des crises d'angoisse paroxystique surviennent et si l'opium n'a pas abaissé la tension, on obtient des chiffres énormes, 170 et même 200. L'effet bienfaisant de l'opium dans les psychoses dépressives s'expliquerait-il par son action vaso-dilatatrice ?

Les maniaques n'ont pas pu être utilement examinés à cause de leur agitation, mais à juger d'après les résultats obtenus dans la folie circulaire, ils doivent avoir une tension faible. En effet, dans cette dernière maladie, on trouve dans la période de dépression mélancolique des chiffres élevés (170), dans la période maniacale des chiffres bas (jusqu'à 60). Deux exceptions ont été notées : on trouve chez un malade mélancolique un chiffre faible ; dans ce cas le sujet qui s'est endormi mélancolique se réveillera maniaque, ou vice versa; la modification de la tension a été le premier phénomène de la modification psychique.

Digitized by Google

La seconde exception est celle qu'a signalée Kornfeld : quand les malades pendant la période d'agitation sont de disposition coléreuse ou violente plutôt que gaie, la tension est élevée.

Chez les épileptiques, Féré a trouvé que la tension s'élevait pendant le paroxysme, et qu'elle tombait au-dessous de la normale du sujet pour un temps de cinq à six heures. Pilcz a bien constaté l'élévation pendant l'accès jusqu'à 120 millim. de même que sa chute au moment du relâchement musculaire et des premières inspirations stertoreuses ; mais, peu de minutes après, la tension revenait au chiffre habituel du sujet. Gaertner a signalé cette même évolution chez l'animal pendant la crise convulsive expérimentale (*Wiener Klin. Wochenschrift*).

Les résultats de Craig (Blood pressure in the insane, Lancet 1898) obtenus avec le sphygmomanomètre de Bernard et Hill accusent en général des chiffres plus élevés, mais tout à fait parallèles à ceux de Pilcz; cela tient évidemment à l'instrument: le tonomètre donne des chiffres plus faibles aussi que le sphygmomanomètre de Potain. — Bd.

La pourriture d'hôpital. — Cette maladie dont le nom seul fait frémir, nous semble un souvenir d'un temps lointain et perdu dans le passé. Grâce à Pasteur et à Lister, un grand nombre des médecins actuels ne l'ont jamais vue. Les rares travaux qui ont été faits récemment, viennent d'Algérie, où Vincent a pu réunir 47 observations en 1895, ou bien ils ne relatent que des cas isolés comme ceux de Rappin (1895) et de Favre et Barbezat (1896).

Pourtant cette maladie ne serait pas éteinte à en juger d'après la discussion qui a eu lieu à la Société império-royale de Vienne. M. Matzenauer de la clinique du Pr Neumann a observé sur des gens malpropres et misérables toute une série d'ulcérations gangréneuses et phagédéniques qui présentent tous les caractères que les auteurs assignaient autrefois à la pourriture d'hôpital. Plusieurs des membres présents, et parmi eux Kaposi et Weichselbaum, ont absolument admis la justesse de diagnostic de M. Matzenauer. Parmi les 22 cas qu'il a observés, il a pu distinguer la forme pulpeuse de la forme ulcéreuse des anciens. Les plaies affectionnaient les alentours de l'appareil génital, tels les plis génito-cruraux, la marge de l'anus, l'os sacré, la région inguinale, plus rarement la verge elle-même; dans ce cas l'ulcère siégeait sur le gland sous un phimosis; le gland tout entier était fondu sous le prépuce, l'urèthre était changée en une gouttière ouverte, les corps caverneux étaient entamés. Ailleurs la destruction des tissus était tout aussi profonde : chez un malade un ulcère de l'os sacré gagna l'anus, détruisit le sphincter et plusieurs centimètres du rectum.

Anatomiquement, l'ulcère prend naissance à la surface; l'épiderme desquame et forme un mélange avec des filaments de fibrine ce qui donne à l'ensemble l'aspect d'une fausse-membrane. Rapidement les cellules du derme perdent leurs noyaux, deviennent hyalins et forment un magma informe avec la fibrine sécretée, avec des leucocytes, avec des globules rouges et avec d'innombrables microbes, magma à aspect diphtéroïdien, grisâtre ou brunâtre. Cette couleur brune provient du sang extravasé, car les cellules des vaisseaux sont rapidement atteintes de nécrose par coagulation et permettent l'extravasation du sang et même parfois de vraies hémorrhagies, le spectre des médecins d'autrefois.

Au début de l'affection Matzenauer a trouvé des quantités considérables d'un microbe correspondant à celui décrit par Vincent. C'est un bâtonnet tenu, arrondi aux bouts, isolé ou associé à deux, qui ne prend pas le Gram. Il pousse en culture anaérobie, et ne se laisse pas cultiver en série; il végète difficilement sur les animaux. Ultérieurement, ce microbe fait absolument défaut dans le centre de la membrane nécrotique; on n'y trouve que toute la variété des microbes ordinaires, tandis que le germe spécifique continue à pulluler avec abondance à la périphérie et même au-delà de la périphérie de l'ulcère, là où les tissus semblent encore sains et où il n'y a pas encore trace d'inflammation. — Bd.

CLINIQUE INFANTILE

Le zona chez l'enfant. — Le zona de l'enfant se distingue du zona de l'adulte par un certain nombre de particularités cliniques intéressantes que M. A. Provins a mis en relief dans une thèse de 1900.

Ce qu'on observe chez l'enfant, particulièrement au-dessous de dix ans, c'est le zona toxi-infectieux ou fièvre zostérienne de Landouzy, bien plus que les éruptions zostériformes.

A cet âge, quelques troubles généraux marquent habituellement le début de l'affection. C'est, le plus souvent, dit M. Comby, un malaise avec anorexie, embarras gastrique et état fébrile léger. La température ne s'élève guère au-delà de 38°5, mais elle s'élève toujours, au moins d'une façon passagère ; Provins n'a jamais vu la fièvre faire défaut. La fièvre précède l'éruption de 2 ou 3 jours, cesse au moment de son apparition ou avant ; il est rare qu'elle persiste pendant toute la durée de l'éruption ou des éruptions successives. Il n'y a pas de rapport entre l'intensité de la fièvre et celle de l'éruption.

La langue se couvre d'un enduit saburral qui persiste pendant quelques jours. Pas de diarrhée ni de vomissements.

Digitized by Google

En résumé, les phénomènes généraux ne sont qu'ébauchés chez l'enfant, tandis que chez l'adulte, ils donnent souvent, par leur intensité, l'impression d'un début de maladie générale.

L'éruption n'est jamais précédée, comme chez l'adulte, de douleurs ni même de picotements.

Son aspect et sa disposition sont absolument identiques à ce qu'ils sont chez l'adulte. Elle se fait par poussées successives, ne suit pas exactement le trajet des nerfs, mais est à peu près perpendiculaire à l'axe du corps, ce que M. Brissaud explique par les rapports avec la division métamérique des êtres vivants. Sur des plaques d'érythème, apparaissent des vésicules isolées ou confluentes, qui se dessèchent ou se rompent, se recouvrent d'une petite croutelle et guérissent en laissant quelquefois une cicatrice. Il est tout à fait exceptionnel que la vésicule soit hémorragique comme chez les vieillards.

Comme chez l'adulte, le zona intercostal est le plus fréquent ; puis vient le zona lombo-abdominal, le zona cervico brachial ; le zona ophtalmique est plus rare chez l'enfant que chez l'adulte.

Le zona ne forme pas toujours chez l'enfant une demi-ceinture bien nette, les deux extrémités antérieure et postérieure se terminant exactement au niveau de la ligne médiane. Souvent il se trouve aussi des placards qui empiètent largement sur le côté *sain*.

Les ganglions voisins sont souvent engorgés.

La douleur souvent si aiguë et si cuisante dans le zona de l'adulte manque complètement dans le zona des enfants au-dessous de dix ans. Hardy et Fabre avaient déjà insisté sur cette indolence. Avant l'éruption, il n'y a ni douleur, ni engourdissements. Les plaques sont quelquefois le siège de démangeaisons; la pression à leur niveau peut éveiller une légère hyperesthésie, mais pas de douleurs réelles.

Chez les enfants au-dessus de dix ans, le zona prend des caractères qui le rapprochent du zona de l'adulte. S'il n'y a pas encore de véritable névralgie, il y a cependant quelques élancements douloureux, une certaine sensation de cuisson.

M. Comby explique l'indolence du zona infantile par le bon état des nerfs qui sont encore tout neufs chez les enfants et sont par suite moins vulnérables.

Chez les grands enfants, des lésions de grattage, en rapport avec les démangeaisons, viennent souvent modifier les caractères de l'éruption.

Le zona de l'enfant est une affection rare On en trouverait, suivant Millon, un cas sur 600 enfants vus au dispensaire, suivant Comby, un cas sur 1.000 enfants.

L'influence prédisposante du terrain neuro-arlhritique ne semble pas avoir la même importance que chez l'adulte.

Par contre, la dyspepsie chronique doit être souvent incriminée. Parrot, Fabre de Commentry l'avaient déjà notée. Comby trouve 9 dyspeptiques sur 33 malades, Descroizilles indique la dyspepsie comme l'unique cause du zona.

Les intoxications alimentaires ont ici presque la même importance que pour l'urticaire.

On peut voir apparaître le zona au cours des infections aiguës. De toutes les affections chroniques, la tuberculose semble avoir les rapports les plus directs avec le zona. Les observations de Leudet, chez les adultes; de Comby, chez les enfants, en témoignent.

Enfin, les refroidissements, les traumatismes peuvent servir d'agents provocateurs.

Le zona est généralement une affection bénigne, durant douze à quinze jours, et n'ayant guère pour inconvénient que de laisser après elle des cicatrices. Cependant M. Descroizilles a vu quelquefois l'anémie persister assez longtemps à sa suite.

Le traitement du zona chez l'enfant est bien plus simple que chez l'adulte. Il n'y a pas, comme chez celui-ci, à essayer toute la série des analgésiques et des narcotiques. Les lésions cutanées attirent seules l'attention. On peut, dès les premiers jours, enduire les vésicules de collodion qui joue le rôle de pansement occlusif. Le traitement le plus simple et le meilleur consiste dans l'application d'une poudre desséchante à l'oxyde de zinc. M. Comby fait saupoudrer les plaques de zona avec de l'amidon, du lycopode et du talc ; on garnit d'une bonne couche d'ouate hydrophile ; au moment de la dessiccation, on graisse avec de la vaseline boriquée ou salolée, ou à l'oxyde de zinc ou au dermatol.

Comme chez l'adulte où Pitres et Vaillard les ont etudiées, les lésions anatomiques du zona siègent sur les nerfs périphériques et sur les ganglions spinaux. Chez un enfant d'un an, Bœrensprung a trouvé des altérations névritiques. — E. L. M.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des fistules vésico-intestinales. — Les fistules vésico-intestinales ne sont pas très fréquentes, aussi leur histoire était elle restée jusqu'à ce jour fort incomplète; le Dr Pascal (Th. Paris 1900) leur a consacré un travail très complet et des plus intéressants.

Ces fistules ont pour origine soit un traumatisme, soit une lésion de la vessie, de l'intestin ou des organes voisins. Les premières, qu'elles reconnaissent pour cause un traumatisme accidentel ou chirurgical, sont devenues très rares grâce à l'antisepsie et aux

Digitized by Google

interventions immédiates. Les fistules non traumatiques se divisent en trois groupes; ou bien elles ont pour point de départ la vessie ou les glandes voisines, prostate, vésicules séminales, ou bien leur point de départ est dans l'intestin, ou bien enfin dans les organes voisins, péritoine, utérus et ses annexes, bassin mou ou osseux.

Ces fistules s'observent à tout âge, elles sont trois fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme; les causes les plus fréquentes sont l'inflammation, le cancer et la tuberculose, plus rarement l'actynomycose et la syphilis.

La fistule vésico-intestinale se fait suivant trois modes différents et elle peut être *directe*, fistule par accolement, ou *indirecte*, fistule par l'intermédiaire d'un trajet canaliculé, fistule par l'intermédiaire d'une cavité purulente. On trouve constamment des lésions de péritonite ancienne (adhérences, cavités purulentes, etc.); elles rendent d'ailleurs dans la plupart des cas l'abord de la lésion très difficultueux.

Dans les fistules de cause inflammatoire la vessie présente, suivant le degré et la localisation de l'infection, les lésions de la cystite muqueuse, de la cystite interstitielle et de la péricystite. Cette cystite est d'ailleurs beaucoup moins fréquente que ne le laissent supposer, à priori, le passage et le séjour intra vésical des matières venues de l'intestin, surtout depuis que l'on connaît le rôle prépondérant joué par le bacterium-coli dans les accidents locaux et généraux de l'infection urinaire. L'infection urinaire ascendante paraît être relativement rare.

La perforation vésicale siège par ordre de fréquence sur la face postérieure, le bas-fond, le sommet, les faces latérales, ou la face antérieure de l'organe; unique le plus souvent, elle est quelquefois double, rarement multiple.

La perforation intestinale siège par ordre de fréquence sur le rectum, sur le colon, et particulièrement l'S iliaque; sur l'iléon, l'appendice et le cœcum; elle est presque toujours unique.

Les dimensions des orifices de la fistule sont variables; elles sont en général restreintes, surtout du côté de la vessie, particulièrement les fistules inflammatoires. La forme des orifices présente peu d'intérêt, il faut remarquer cependant que la muqueuse à ce niveau forme valvule jouant le rôle d'un clapet.

Le tableau clinique est très simple; dans une première période, à part les signes de l'affection causale, les symptômes de la fistule sont la conséquence mécanique, pour ainsi dire, de la communication établie anormalement entre les réservoirs urinaire et intestinal. Il en résulte, en effet, d'une part l'émission de gaz et de matières fécales, ou d'aliments par l'urètre; d'autre part, le rejet d'urine par l'anus. Dans une seconde période, viennent s'ajouter les signes de l'infection secondaire et les symptômes généraux qui sont la conséquence de l'infection et des progrès de la maladie dont la fistule n'est qu'une complication.

Le diagnostic est généralement simple; le passage de matières fécales par la vessie est pathognomonique; celui de l'urine par l'anus et celui des gaz par l'urètre ne le sont pas.

Il faudra différencier la fistule vésico-intestinale de la pneumaturie essentielle, de la fistule urétro-rectale et de la fistule uretro-intestinale, cela est le plus souvent facile.

On s'efforcera d'établir, d'après les variations des symptômes, et l'examen direct (au cystoscope notamment), la cause et le siège de la communication, le nombre et l'étendue des orifices fistuleux.

Il ne sera pas facile de savoir si la fistule est directe, par accolement, ou indirecte avec trajet ou cavité intermédiaire. Chez la femme la fistule appartient presque toujours à cette dernière variété.

Le pronostic, variable avec la cause, est généralement grave. Les fistules inflammatoires sont à peu près les seules susceptibles d'une guérison soit spontanée, soit consécutive à un traitement médical ou chirurgical dans 1/6 des cas environ; la durée moyenne de survie est de trois ans.

Le traitement sera préventif, paliatif ou curatif; il sera d'autre part médical ou chirurgical.

Le traitement s'adressant à un des organes en cause, ou aux organes voisins, pour une affection quelconque, sera évidemment préventif. C'est là une raison pour croire que les fistules vesico-intestinales inflammatoires deviendront de plus en plus rares.

Le traitement paliatif s'adressera surtout aux cas inopérables, aux cancers étendus, à la tuberculose à foyers multiples ou généralisée.

Le traitement médical est quelquefois employé seul, le plus souvent destiné à préparer et accompagner le traitement chirurgical. Local, il consiste à éviter, prévenir ou traiter l'infection des voies urinaires en assurant l'évacuation régulière de la vessie. Général, il visera l'hygiène du malade, sa résistance physique et morale. Chez les syphilitiques, la médication spécifique sera instituée avec d'autant plus de chances de succès qu'elle sera plus précoce.

Le traitement chirurgical palliatif sera appliqué dans deux catégorie de faits : d'abord dans les cas où il s'agit de supprimer une lésion de voisinage ou une complication qui entretiennent ou aggravent, par leur présence, la fistule; tels sont le rétrécissement de l'urèthre, les calculs secondaires, etc.; ces moyens palliatifs ont pu devenir curatifs. Dans une deuxième catégorie de faits se rangent les moyens chirurgi-

Digitized by Google

caux palliatifs qui ont pour but d'amener indirectement l'oblitération de la fistule en supprimant le contact et le passage des matières fécales dans la vessie; ce sont la colotomie et l'entéro-anastomose.

L'anus contre-nature doit remplir ici deux conditions : être situé au-dessus du siège de la fistule, ne laisser passer aucune parcelle fécale dans le bout inférieur. Il sera donc nécessaire de créer un anus avec éperon prononcé, cœcal ou iliaque. Il n'y a pas d'exemple de guérison absolue et certaine par la création d'un anus dérivatif.

Le traitement chirurgical curatif consiste à supprimer la communication anormale entre la vessie et l'intestin, et à rendre à ces organes leur indépendance. Plusieurs voies peuvent être suivies : vésicale, vesico-vaginale, périnéale, rectale, sacrée, transvésicale, péritonéale.

En pratique, chez une malade qui porte une fistule vésico-vaginale, il faut d'abord rechercher : la nature de la lésion, le siège de la fistule, ses caractères, et étudier la santé générale du sujet.

Après application de soins médicaux immédiats, réguliers, étroitement surveillés, il faut, s'il n'y a pas d'amélioration suffisante et rapide, songer au traitement chirurgical. On doit alors distinguer les *fistules rectales* ou *basses* accessibles par l'anus, et les *fistules hautes intestinales proprement dites* inaccessibles par l'anus, siégeant par conséquent sur la partie supérieure du rectum ou au-dessus.

Aux fistules basses s'appliquent les interventions chirurgicales par l'anus ou le périnée chez l'homme, par l'anus ou le vagin chez la femme. Ces interventions devront être tenaces et répétées.

Dans les fistules hautes, ou dans le cas de doute sur la cause et le siège, il faut avoir recours à la cystostomie, procédé d'exception, et surtout à la laparotomie, procédé de choix.

La laparotomie, suivant les cas, demeurera exploratrice ou deviendra curative. Elle seule permet de vérifier la nature, la forme, les dispositions de la communication anormale; de traiter à la fois la maladie causale et la fistule, et, suivant la gravité des lésions, de tenter une suture directe à ciel ouvert, ou, en cas d'impossibilité, de créer soit une entéro-anastomose, soit un anus contre-nature.

En résumé, le traitement médical à toutes les périodes de la maladie, l'intervention chirurgicale par la voie périnéo-rectale dans les fistules accessibles par le rectum, par la laparotomie dans les fistules hautes, doivent permettre désormais de guérir quelquefois, d'améliorer souvent, de soulager toujours et dans une assez large mesure les malheureux porteurs de cette terrible infirmité. — J. H. M.

De la hernie inguinale étranglée chez l'enfant dans les deux permières années de la vie. — Comme l'a montré le Dr Petitjean (*Th. Paris* 99), la fréquence de la hernie inguinale étranglée chez le tout jeune enfant, n'est pas très grande; on l'y observe cependant et surtout dans les premiers mois de la vie. L'étranglement peut survenir d'emblée, au moment de la production de la hernie, mais le plus souvent il se produit dans le cas de hernie avérée. Dans ces cas, le sac herniaire est généralement très mince, on n'y trouve pas d'épiploon, mais seulement l'intestin dont les lésions sont en général moins accusées que chez l'adulte. Les symptômes sont la constipation, les vomissements, le météorisme; les symptômes généraux, surtout les troubles nerveux, sont rapidement graves; les phénomènes inflammatoires sont parfois très accusés au niveau des téguments. Le diagnostic est très difficile chez le nourrisson, il faudra examiner avec beaucoup de soin la région inguinale.

Quant au traitement, le taxis ne sera appliqué qu'aux cas récents, dans lesquels il réussit assez souvent, mais il sera toujours pratiqué avec la plus grande douceur. Lorsqu'il échoue, ou dans les cas plus anciens on aura recours à la kélotomie avec cure radicale à moins qu'on ne trouve des lésions de l'anse étranglée.

L'auteur rapporte vingt-cinq observations dont quinze inédites très intéressantes sur lesquelles il base les données de son travail — J. H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance est consacrée à la lecture des rapports de M. Richelot sur le prix Alvarenga de Piauhy; de M. Delorme, sur le prix Chevillon ; de M. Laveran, sur le service des épidémies en France en 1899. — (*16 octobre*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Pleurésie typhoïdique. — M. Siredey rapporte un cas de pleurésie purulente survenue le 21e jour après la défervescence d'une fièvre typhoïde, très limitée et guérie après l'évacuation de quelques centimètres cubes de pus. Ce pus contenait des bacilles d'Eberth. M. Siredey fait remarquer que ces pleurésies sont souvent peu étendues et ne réclament guère de traitement spécial. En raison de leur disposition cloisonnée de la faible abondance des épanchements de la résorption facile des exsudats, la guérison spontanée de ces pleurésies est assez fréquente et elles n'exigent que rarement la thoracentèse.

Les infarctus pulmonaires et la pleurésie chez les typhiques. — M. Galliard rapporte deux cas dans lesquels

Digitized by Google

l'apoplexie du poumon, se trahissant par le point de côté et l'hémoptysie, s'est manifestée à la fin du 3e septénaire de la fièvre typhoïde. En l'absence de constatations anatomiques, il admet que ces infarctus étaient dus à la migration de caillots fibrineux venus du cœur droit.

Chez le premier malade l'infarctus n'a suscité ni congestion pulmonaire ni pneumonie, mais seulement une pleurésie apyrétique. Chez l'autre, on vit survenir, 10 jours après le point de côté initial, des signes de pleuropneumonie avec fièvre. Chez tous deux la pleurésie fut bénigne, non suivie de tuberculose.

De l'évolution de la varicelle. — M. Merklen. (Voir page 693).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Cure radicale de hernie ombilicale chez des enfants nègres du Sahara. — M. Berger. M. le Dr Huguet nous a adressé la relation de trois cas de cures radicales de hernies ombilicales qu'il avait pratiquées sur un jeune nègre âgé de onze ans, évadé de chez les nomades Chambaas, sur un petit indigène de sept ans, originaire de Mossi et faisant partie de la mission des Pères blancs, et sur un petit nègre du Soudan. Chez tous les trois, la hernie, dont le volume variait des dimensions d'un œuf de poule à celles d'un œuf de pigeon, fut opérée par le procédé de M. Le Dentu. Dans les deux derniers cas, la réunion fut obtenue par première intention ; dans le premier, il y eut quelque suppuration due à l'indocilité de l'enfant, qui défit son pansement, mais la guérison ne fut que retardée.

M. Huguet insiste sur la difficulté que l'on aurait à faire une bonne réunion de la paroi après une omphalectomie un peu largement pratiquée par le procédé de Condamin ou tout autre semblable, chez des enfants nègres, dont le ventre est volumineux et saillant, et qui ont presque toujours un gros foie débordant le rebord costal, une rate parfois énorme. Plus que chez les autres sujets il est nécessaire d'obtenir chez eux la réunion par première intention, car les cicatrices, dans la race nègre, ont une tendance très marquée à devenir chéloïdiennes ou à se laisser distendre.

La hernie ombilicale paraît d'ailleurs plus fréquente chez les enfants nègres que les hernies inguinales. M. Huguet, qui a porté sur ce point son attention d'une manière particulière, n'a jamais eu l'occasion d'observer ces dernières chez des enfants en bas âge, tandis que les hernies ombilicales sont relativement fréquentes. Il attribue ce fait aux travaux excessifs, aux marches forcées dont on accable ces enfants, et à la négligence avec laquelle on abandonne à elle-même l'élimination du cordon.

Cancer du colon ascendant, occlusion intestinale, anastomose iléo-sigmoïde, régularité des fonctions intestinales. — M. Charrier (d'Angers). — Une dame B... âgée de 35 ans, d'une bonne santé antérieure, est prise brusquement en mai 1899, de coliques violentes avec maximum dans la fosse iliaque droite. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression, surtout à droite ; la constipation est absolue. Il n'en faut pas davantage pour faire songer à une appendicite. Traitement par repos au lit, émollients sur le ventre, lavements évacuants. Finalement les symptômes s'apaisent, la malade va à la selle, la crise a duré trois jours.

Juin 1899. — Deuxième crise, analogue à la première, survenue sans cause et avec la même brusquerie, terminée de la même façon au bout de trois jours. *Juillet 1899.* — Troisième crise, analogue aux deux précédentes mais plus intense ; le maximum douloureux est toujours dans la fosse iliaque droite ; la malade perçoit, et le médecin constate une tuméfaction très nette, à droite, au-dessus de l'arcade crurale ; *la constipation est absolue ;* cette crise dure cinq jours. — Pendant les périodes d'accalmie, la malade souffre toujours dans le ventre et ne va à la selle que par lavements savonneux ou autres. L'état général reste mauvais. La malade mange peu, choisit sa nourriture, vit surtout de lait, bouillon, œufs ; l'amaigrissement est remarqué par l'entourage. *Août 1899.* — Quatrième crise plus violente encore que les autres : les évacuants ne donnent aucun résultat ; vomissements fréquents, bilieux au début, d'autant plus abondants que la malade absorbe davantage de liquides ; les douleurs du ventre sont intolérables, le maximum toujours à droite ; privation de sommeil depuis plusieurs jours à cause de l'intensité des douleurs abdominales. *19 août 1899.* — Je vois cette dame le soir à cinq heures. L'abdomen est tendu, ballonné, sonore dans toutes les régions ; borborygmes gazeux et liquides qui augmentent pendant l'exploration. La malade souffre beaucoup ; ce sont des coliques violentes, intermittentes, par crises, dont la durée est de deux à trois minutes. Ces coliques cessent quelques instants, puis reparaissent aussitôt. Le maximum de la souffrance est nettement dans la fosse iliaque droite. Dans l'intervalle des douleurs, le ventre tout entier reste endolori, mais je ne constate pas cette sensibilité extrême des maladies inflammatoires du péritoine, ni cette défense musculaire si particulière à l'appendicite.

L'exploration du ventre est relativement facile. Dans les instants de calme, je peux enfoncer la main dans la fosse iliaque droite. Elle me semble libre ; pas de boudin cæcal, pas d'empâtement apparent ; le côlon ascendant n'est pas perçu. Le médecin et la malade m'affirment qu'il y a une tumeur dans la fosse iliaque droite. Je la constate, en effet, grosse comme le poing, dure et résistante, au-dessus de l'arcade crurale ; mais je constate aussi sa disparition complète au bout d'une ou deux minutes, et sa réapparition quand la colique reprend toute son intensité. C'est évidemment le cæcum dont nous percevons si nettement les contractions.

L'exploration méthodique du reste de l'abdomen, fosse iliaque gauche, région stomacale et pylorique, région du côlon transverse et sous-hépatique, ne révèle rien. Les organes génitaux sont sains.

Je porte le diagnostic d'occlusion intestinale chronique avec crises aiguës. Les trois premières se sont terminées spontanément, la cause en est probablement un néoplasme de l'intestin, qui siège soit sur le cæcum lui-même, soit au-dessous de lui en un point quelconque du gros intestin.

Sous l'influence du repos, les vomissements cessent, une accalmie semble se produire, mais cette amélioration n'est que passagère, l'occlusion intestinale persiste aussi complète. Je décide d'intervenir, et j'agirai suivant les circonstances.

Opération. — L'opération a lieu le 25 août sous le chloroforme.

1er Temps : *Incision longitudinale, de 12 centimètres, dans la*

Digitized by Google

fosse iliaque droite, sur le bord externe du grand droit. — L'appendice est normal, le cæcum est sain, fortement congestionné; nous voyons se produire et disparaître cette tumeur dont nous avons parlé. Pendant la contraction, le cæcum est tellement dur qu'on dirait qu'il va éclater.

2e Temps : *Recherche de l'obstacle et conduite à tenir.* — La main droite est tout entière introduite dans le ventre, je suis le côlon ascendant que je trouve distendu; j'arrive sur l'angle du côlon ascendant et du transverse, où je trouve le néoplasme que je supposais exister. C'est une tumeur de la grosseur d'un œuf, située sur le foie, siégeant sur l'angle du côlon adhérent en arrière.

3e Temps : *Laparotomie gauche. Anastomose iléo-sigmoïde.* — Incision de 12 à 15 centimètres sur le bord externe du grand droit gauche, l'S iliaque est attirée dans la plaie et anastomosée, suivant le procédé ordinaire avec la dernière anse de l'intestin grêle.

Anatomiquement, l'anastomose a porté d'une part sur l'iléon à 0m20 au-dessus de la valvule iléo-cœcale, d'autre part sur la première partie de l'anse sigmoïde, dans la fosse iliaque gauche.

Le ventre est ensuite refermé, l'opération a duré 50 minutes.

Suites opératoires. — Le 1er jour : la malade rend des selles par l'anus, une heure après l'opération. Une vraie débâcle suit pendant les vingt-quatre premières heures : c'est l'intestin grêle qui se vide. L'anastomose a donc fonctionné aussitôt. Journée satisfaisante, sérum artificiel 500 grammes dans la soirée. Après une dépression un peu plus marquée le troisième jour, les forces viennent, l'alimentation est possible. 5e au 20e jour : amélioration lente, mais progressive; elle peut retourner chez elle le 15 septembre, et accomplir un voyage de trois heures. Les selles restent liquides pendant environ cinq à six semaines pour devenir alors normales.

1er décembre. — Les nouvelles sont satisfaisantes, selles régulières, pas un seul vomissement depuis l'opération; la malade reste levée six à sept heures par jour, peut marcher, a repris 3 kilogrammes. *(17 octobre.)*

THÉRAPEUTIQUE

Le tannate d'orexine

D'après les travaux des éminents professeurs Penzoldt, Richard Frommel, Riegel, Schüller, des docteurs F. Kœlbl, Ferd. Steiner, Limpert, Bodenstein, Goliner, Künckler, Siegert, Zeltner et Yonge, qui, tous, ont conclu à la valeur réelle de ce produit, il résulte que le tannate d'orexine doit être considéré comme un excellent stimulant de l'appétit, ayant fait ses preuves (300 expériences cliniques) et qu'il ne doit plus être permis de douter de son efficacité.

L'orexine accroît en effet la sécrétion de l'acide chlorydrique libre de l'estomac, et sous son influence la durée de la digestion stomacale est sensiblement abrégée. Elle se trouve tout indiquée dans les états pathologiques suivants : chloro anémie, neurasthénie, hystérie, tuberculose pulmonaire commençante, et tuberculose pulmonaire à évolution chronique, dyspepsie, atonie de l'estomac, gastrites catarrhales légères, emphysèmes pulmonaires et insuffisance cardiaque.

L'orexine ayant été prescrite chez un certain nombre de femmes ayant subi de graves opérations, et dont l'appétit était des plus languissants, a été des plus utiles, et on a obtenu des résultats concluants en deux jours de traitement et guérison complète en moins de deux semaines.

L'orexine est en outre un médicament stomachique d'une action infiniment plus sûre que celle de tous les autres remèdes analogues jusqu'ici préconisés dans la thérapeutique infantile; tous ceux qui ont de l'expérience savent combien il est difficile de veiller à l'alimentation régulière des enfants. Aujourd'hui, on peut dire que l'on possède dans l'orexine un adjuvant de la nutrition d'une inestimable valeur.

Dans toutes les affections caractérisées par l'appauvrissement du sang, l'orexine est encore tout indiquée, car en stimulant l'appétit, elle agit indirectement sur l'*hématopoïèse.* Chez les sujets atteints de lésions pulmonaires chroniques et qui ont besoin de s'alimenter, l'orexine est un agent thérapeutique remarquable.

En tenant compte de tout ce que les cliniciens et les thérapeutes ont publié sur les propriétés de l'orexine, il est impossible de ne pas reconnaître que ce médicament mérite de prendre rang parmi les préparations les mieux connues et parmi celles dont l'efficacité n'a plus besoin de démonstration. L'orexine stimule la tonicité des parois musculaires de l'estomac, facilite l'absorption des aliments assimilables et leur passage dans les tissus de l'économie, donc l'orexine favorise le renouvellement des éléments anatomiques la fixation des albuminoïdes dans nos tissus, et régénère pour ainsi dire l'économie et, dans ses principes solides, et dans ses sucs ou humeurs organiques.

L'orexine est d'ailleurs facile à prendre, et d'un mode d'administration commode; on pourra l'employer de la manière suivante :

1° Dans les cas de gastrite catarrhale, d'anorexie, d'atonie de l'estomac, de même que dans la tuberculose ou la scrofule, etc. :

R. — Orexine tannique.. . 30 à 50 centigr.
Pour 1 cachet.

Prendre 2 cachets par jour dans un verre d'eau ou dans une tasse de lait.

Aux enfants on pourra prescrire des *tablettes de chocolat à l'orexine*, à la dose de 3 tablettes avant chaque repas, à prendre dans de l'eau ou dans du lait.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie clinique et opératoire, par MM. Le Dentu et Delbet, tome IX, chez Baillière.

L'avant-dernier volume du traité de chirurgie vient de paraître, il ne le cède en rien aux précédents comme intérêt et comme exécution matérielle. Le lecteur y trouvera traitées les affections des organes génitaux de l'homme, du moins en grande partie (testicule et cordon excepté):

Digitized by Google

Les maladies de la vessie sont exposées avec la plus grande clarté par M. Legueu, qui pour chaque affection indique avec la plus grande précision la conduite thérapeutique du médecin. C'est encore M. Leygueu qui a traité les affections de l'urèthre, l'infection urinaire et les maladies du penis : toutes sont décrites avec le plus grand soin.

Les rétrécissements de l'uréthre, les abcès urinaires, l'infiltration d'urine, les affections de la prostate ont été l'objet de la part de M. Albarran, d'une étude des plus consciencieuses et des plus documentées; la thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre, et de l'hypertrophie prostatique, si discutées depuis quelques années, sont ici exposées très clairement.

Enfin les affections des enveloppes du testicule, confiées à M. Sebileau sont des plus intéressantes à étudier. La compétence toute particulière des auteurs dispense de faire l'éloge de ce livre qui recevra comme les précédents le meilleur accueil du public médical.

La goutte et le rhumatisme, par Armand Delpeuch, médecin de l'hôpital Cochin. 1 vol. in-8° carré, de 680 pages, avec 10 planches hors texte, dont 1 en chromotypographie. Cartonné à l'anglaise. Prix : 20 fr. Chez Carré, éditeur.

M. Delpeuch consacre d'abord un grand nombre de pages à étudier les conditions de naissance et les vicissitudes des mots podagre, arthritis, goutte, rhumatisme, catarrhe et autres qui ont, au cours des âges, subi dans leur acception des changements profonds, quelquefois des inversions complètes, ce qui a contribué pour une grande part à obscurcir, à gêner, à retarder dans ses progrès la connaissance des maladies articulaires.

De même, il n'était pas indifférent de montrer que notre rhumatisme articulaire aigu a existé de tous temps, que, sous les noms d'*arthritis* ou de *morbus articularis*, il a été bien connu des anciens Grecs contemporains d'Hippocrate, des anciens écrivains latins, médecins ou profanes, comme Cicéron, Lucilius, Vitruve, Musa ou Scribonius et que ceux-là et bien d'autres ont eu de cette affection, de ses causes et de sa nature une notion plus juste que les médecins de la Renaissance, sans en excepter Baillou auquel on fait d'ordinaire commencer une histoire vieille avant lui d'un millier d'années.

C'est une histoire instructive entre toutes que celle des tentatives faites contre la goutte dans les temps anciens, qu'il s'agisse du régime alimentaire, de l'activité corporelle ou des remèdes de la pharmacie. Eviter la *créophagie* et *lænoposie*, c'est-à-dire l'usage des viandes et du vin; pratiquer la *philoponie*, c'est-à-dire avoir l'amour de l'exercice physique, fréquenter la palestre; se faire faire journellement des onctions, des frictions ou même du massage, *impressionem corporis*, recourir au besoin à l'électricité, la puisant à la seule source qu'on en connût alors, aux décharges d'une torpille vivante; faire une saison thermale à des eaux sulfureuses; prendre des bains de sable chaud; s'exposer nu aux rayons du soleil; s'envelopper les membres d'un bandage roulé, tels étaient les éléments du régime et du traitement externe que l'on conseillait aux goutteux.

Quant à la médication interne proprement dite, les tisanes amères ou diurétiques, les drogues purgatives, une foule d'autres ingrédients en faisaient le plus souvent les frais. Mais on employait aussi trois autres sortes d'agents puissants, dangereux même quelquefois : l'opium qui entrait dans la composition de presque toutes les thériaques; les sels calcaires, notamment la poudre d'os, et enfin le remède par excellence, le colchique d'automne.

Une minutieuse étude des textes grecs, latins et arabes prouve en effet que depuis le milieu du quatrième siècle de notre ère on a employé sous le nom d'hermodacte, de bulbe sauvage, de sourendjan ou de colchique, notre colchique d'automne et rien autre. Seule une différence dans le temps de la récolte et dans le mode de dessiccation a fait distinguer l'hermodacte des anciens des bulbes dont nous nous servons aujourd'hui. Une planches coloriée reproduit, *ad naturam* et fidèlement, les diverses variétés de colchique et montre leurs bulbes à des moments différents de leur végétation, à des degrés différents de fraîcheur ou de vétusté.

Enfin d'autres gravures nous rendent, dans la mesure du possible, les figures de ceux qui nous ont le mieux fait connaître la goutte et le rhumatisme. Les portraits de Musa, de Fernel, de Baillou, de Sennert, de Rivière et de Sydenham sont les plus anciens qui nous soient parvenus, leur exécution ayant suivi de près la mort de ceux qu'ils font revivre.

On a joint à ces reproductions la première page de la *Pratique de Sérapion*, imprimée à Lyon en 1525, pour les figures qu'elle porte à son frontispice de Jean Sérapion, de Jean Platearius et de Pierre d'Espagne. Bien entendu, il ne saurait être ici question de ressemblance. A plus forte raison en est-il de même de deux tableaux empruntés par Lambécius à un manuscrit du cinquième siècle où sont représentés sur fond d'or les plus célèbres des thérapeutes anciens : Chiron, Machaon, Sextius Niger, Pamphile, Héraclide de Tarente, Xénocrate, Mantias, Galien, Cratevas, Dioscoride, Apollonius, Andréas, Nicandre de Colophon et Rufus d'Ephèse. Le choix et la réunion de ces noms, l'ancienneté si lointaine du dessin qui prétend reproduire les traits mêmes de ces vieux maîtres ont paru donner quelque intérêt à ces tableaux et en justifier la reproduction.

WEBER, *de l'Académie de médecine*

Eloigné de Paris pendant plus de deux mois, je n'avais pu rendre à la mémoire de Weber, membre de l'Académie de médecine (section de médecine vétérinaire), l'hommage de nos regrets les plus profonds, de notre douleur la plus vive. L'amitié a besoin de s'épancher, et je remplis un triste et doux devoir, en rappelant toutes les hautes qualités qui distinguaient notre ami si regretté.

Comme président et membre de la Société de thérapeutique, comme membre de l'Académie de médecine où de nombreux suffrages l'appelaient en 1891, — lui, un modeste et savant praticien — il a toujours su se concilier l'affectueuse estime de tous ses collègues. Il me sera permis de dire que je perds en lui un excellent ami dont j'avais su apprécier le grand cœur dans les bons comme dans les mauvais jours de la vie, qui avait su autrefois rehausser par sa sympathie aussi généreuse que spontanée l'un des membres de la Société de thérapeutique accablé par l'inimitié d'un ancien secrétaire général de cette Société.

Tous les mardis, à l'Académie de médecine, j'avais plaisir à serrer affectueusement sa loyale main, à prendre part à sa charmante et réconfortante conversation. Maintenant, Weber n'est plus; mais il restera impérissable dans mon souvenir, comme l'image d'un parfait honnête homme, d'un ami sûr et dévoué, d'un « brave homme ». — H. Huchard.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le Dr Sevestre

De la Dentition et de ses accidents

Dès le début de votre pratique médicale, vous serez souvent consulté par les mères et les nourrices sur les accidents de dentition. En effet, pour un grand nombre de personnes, la dentition joue un rôle considérable dans la pathologie de l'enfant. Cependant, il en est à peine question dans les ouvrages classiques, les traités de pathologie infantile traitent le sujet d'une façon très sommaire, et beaucoup de médecins nient même complètement l'existence de ces accidents,

Il n'est pas douteux, cependant, que la dentition peut être l'origine ou tout au moins l'occasion de certains troubles spéciaux et en tout cas, ne fût-ce que pour conserver près des mères l'autorité que vous devez avoir, il importe que vous connaissiez d'une façon très précise l'époque et l'ordre d'apparition des dents.

A part quelques anomalies relativement peu fréquentes, l'évolution des dents est assez régulière et se fait par groupes qui apparaissent à certaines époques séparées par des intervalles de repos. C'est là un fait très important ; car lorsqu'il y a lieu de procéder au sevrage, il faut autant que possible choisir un de ces intervalles pendant lesquels l'organisme de l'enfant est beaucoup moins ébranlé.

On doit distinguer plusieurs dentitions :

1re Dentition de la 1re à la 20e dent, achevée vers 2 ans, 2 ans 1/2.

2e Dentition, 4 molaires, vers 5 ans, 5 ans 1/2, 6 ans.

3e Dentition, dents de remplacement, vers 7 ans.

L'évolution de la dent de sagesse, plus tardive, ne s'accomplit pas dans l'enfance.

— *1re Dentition.* — Elle se compose de 20 dents, apparaissant, en général, dans un ordre déterminé.

Avec Trousseau, on peut distinguer cinq groupes :

Un premier groupe, comprenant les *2 incisives médianes inférieures ;* ces dents paraissent entre 6 et 8 mois, quelquefois plus tôt. Elles se succèdent en quelques jours; une première dent apparaît, puis la seconde, dans l'espace de 15 jours.

Le deuxième groupe se développe après un repos d'un mois ou six semaines et est constitué par les *4 incisives supérieures ;* tout d'abord, les 2 incisives médianes, puis les 2 latérales. — Elles mettent 3 ou 4 semaines pour sortir complètement.

La sortie de ce 2e groupe est suivie d'un repos de 1 mois, 6 semaines, 2 mois.

Le troisième groupe comprend : Les *incisives latérales inférieures* (2) en même temps que les *petites molaires* (4). — Ce troisième groupe comprend donc 6 dents. — L'ordre d'apparition de ces dents est très variable, les molaires se montrant souvent avant les incisives.

Après la sortie de ces 6 dents, repos de 2 à 3 mois, pendant lequel l'enfant se porte bien, il a 12 dents; on peut profiter de cet intervalle de repos pour procéder au sevrage

Le quatrième groupe comprend les *canines.* — Ce sont les dents les plus difficiles à sortir, en raison de leur longue racine et parce qu'elles doivent pousser entre les incisives et les molaires; ce sont les canines supérieures qui, en général, sortent les premières, elles mettent 6 semaines ou 2 mois pour sortir complètement.

Elles sortent entre le 18e et le 22e mois, de telle sorte qu'un enfant de 2 ans doit avoir ses canines.

A la suite de la poussée des canines, existe un grand repos de 3 à 4 mois.

Le cinquième groupe comprend les 4 molaires définitives qui terminent la première dentition; celle-ci est terminée vers 2 ans, 2 ans 1/2.

Les anomalies dans la date d'apparition sont loin d'être rares.

La première dent peut exister à la naissance — tel fut le cas de Louis XIV, Mirabeau, Broca.

Très souvent, quand les dents viennent de bonne heure, il y a ulcération de la gencive, et on est quelquefois obligé d'arracher ces dents qui gênent la succion. J'en ai observé un remarquable exemple à l'hôpital des Enfants Assistés. Certains enfants ont des dents vers 3 à 4 mois, mais la précocité d'apparition des dents n'est pas une preuve d'une évolution correcte.

Je puis citer l'exemple de deux sœurs : La première avait sa première dent à 3 mois, la deuxième dent à 9 mois. La seconde eût sa première dent à 10 mois et termina l'éruption de ses dents à la même époque que sa sœur.

Les périodes intercalaires entre les différents groupes sont plus ou moins variables; quelquefois, les temps de repos sont supprimés, c'est une mauvaise condition. Chez les enfants rachitiques, syphilitiques ou tuberculeux, la première dent ne pousse quelquefois qu'à 12, 15 ou 18 mois.

Une dentition parfaite ne signifie pas toujours une supériorité de l'enfant et j'ai ainsi connu un enfant idiot dont la dentition avait été parfaite et s'était très rapidement développée; cependant, en principe, on peut dire que lorsqu'un enfant pousse bien ses dents, sa santé est plus vigoureuse.

La *2e Dentition* se compose de 4 molaires paraissant de 5 à 7 ans, 7 ans 1/2; quelquefois seulement après les dents de remplacement.

Digitized by Google

Elle ne donne généralement lieu à aucun accident.

La 3° *Dentition* est la dentition de remplacement. L'ordre d'apparition de ces dents est généralement le même que celui des dents de lait.

Ces dents ne paraissent pas par paires, comme la première dentition; elles apparaissent souvent avant la chute des dents de lait. Il ne faut pas enlever les dents de lait, car on retarderait l'apparition des dents de remplacement.

Il est préférable qu'elles paraissent tard, car le développement de la machoire inférieure, est plus avancé et si elles paraissaient tôt, elles pourraient chevaucher l'une derrière l'autre.

L'évolution des dents est souvent accompagnée de manifestations fonctionnelles qui précèdent de plusieurs semaines l'apparition de la dent, elles sont terminées au moment de l'éruption dentaire. Ce fait ne doit pas être perdu de vue et c'est pour l'avoir méconnu que certains observateurs ont nié les accidents de dentition.

Les gencives, chez les enfants sans dents, présentent une *crète;* tant que cette crète existe, la dent n'est pas près d'apparaître; au contraire, quand cette crète disparaît, quand la gencive gonfle et s'aplatit, l'éruption est proche.

Au moment où se prépare la poussée dentaire, le caractère de l'enfant change, il devient grognon, irritable, il bave beaucoup, met ses doigts dans la bouche, mord tous les objets à portée de sa main. Il semble que la muqueuse soit le siège de démangeaisons ; c'est ce que l'on désigne sous le nom de *prurit de dentition.*

Lorsqu'on frotte la gencive des enfants, leur irritation s'apaise, l'enfant se calme. Les mères frictionnent souvent les gencives avec le sirop de Delabarre (safran-miel). Les sirops sont inutiles, ce qui suffit, c'est la friction.

Les accidents vont assez souvent jusqu'aux convulsions. Magitot nie ces convulsions et il a cherché d'après l'expérimentation d'autres causes; il prend des chiens sans dents, leur cautérise la gencive, ils n'eurent pas de convulsions; Magitot en conclut à la non existence des convulsions d'origine dentaire. Ces faits sont exposés dans la thèse de Levêque. Mais il faut bien se garder de conclure du petit chien à l'enfant et il n'est guère de médecins ayant une certaine expérience de la pathologie infantile qui songent à nier l'influence de la dentition sur les convulsions.

Lorsqu'un enfant est pris de convulsions, il faut le déshabiller rapidement, lui jeter de l'eau à la figure, faire respirer un peu d'éther ou même de chloroforme si la convulsion se prolonge.

Quand les convulsions sont terminées, on donne un peu de bromure. — Le sirop de Teyssèdre est très employé dans les familles, il contient du bromure de calcium; à petites doses, il n'est pas nuisible, mais il faut éviter d'en donner à tout propos comme le font beaucoup de mères, sans consulter le médecin.

Certains accidents sont très fréquents et ne sont pas signalés, par exemple, les *envies fréquentes d'uriner*, les enfants mouillent constamment leurs langes; cet accident est sans gravité, mais c'est un indice qui doit mettre en éveil pour l'examen du système nerveux. Chez d'autres enfants, on observe des *accès de spasme de la glotte*, ce sont des accès de faux-croup, sans laryngite striduleuse. On a cité des cas de congestion pulmonaire, mais ce qui est le plus important, ce sont surtout les *troubles digestifs*, qui surviennent en raison de l'état nerveux. Cette dyspepsie de cause nerveuse se manifeste par des vomissements, de la diarrhée, puis l'infection intestinale avec fièvre et congestion pulmonaire. Il y a déjà douze ans, j'ai signalé ces lésions pulmonaires d'origine intestinale, le fait n'a pas été admis par M. Cadet de Gassicourt; je crois qu'aujourd'hui, il n'est plus critiqué.

La cause de ces accidents peut résulter aussi de tètées trop fréquentes, parce qu'en raison des cris de l'enfant, on les lui donne à tout propos.

On a signalé des cas de méningite véritable. Il y a bien quelques cas de délire, de coma, mais peut-on dire qu'il y ait de la méningite vraie?

Les ulcérations, la stomatite peuvent survenir dans quelques cas; ce ne sont pas, à proprement parler, des accidents de dentition, ce sont des infections secondaires des muqueuses.

Lors de la deuxième dentition, il n'y a pas de gros accidents, mais seulement un peu d'embarras gastrique. L'éruption des dents de remplacement est quelquefois marquée par des convulsions; quelques spasmes, mais beaucoup plus rares et beaucoup moins graves que ceux de la première dentition.

Quand surviennent ces accidents de dentition, il faut *surveiller l'alimentation*, ne pas la modifier quand l'enfant souffre, ne faire le sevrage qu'après 16 ou au moins 12 dents, car alors, il y a une longue période de repos intercalaire, et il ne faut pas oublier que les accidents arrivent surtout au moment de la poussée des canines. D'autre part, il faut pratiquer le sevrage à une époque de l'année où on n'est pas exposé aux chaleurs.

S'il y a des accidents, pour obliger la régularisation des tètées, ou pour empêcher les mères de faire des choses nuisibles, il sera souvent bon de formuler une potion que l'on pourrait appeler une *potion morale*, et, pour cela donner :

Eau de Tilleul.....	} ãã 60 gr.
Eau de Laitue	
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 gr.

Digitized by Google

car, dans ce cas, la nourrice donnera son lait régulièrement, surtout si on fait prendre cette potion à heures fixes dans l'intervalle des têtées.

Comme médication plus active : donner des bains tièdes, plusieurs fois par jour et y faire ajouter du tilleul, qui n'a d'ailleurs d'autre propriété que de faire accepter plus facilement le bain.

On peut donner aussi une portion au bromure de potassium. A six ou 8 mois, on donne 0,30 à 0,40 centigr. *pro die*, par cuillerées à café.

A 8 ou 10 mois, on peut donner 1 gr.

Au-dessous de 2 ans, il faut être très prudent pour l'administration du *chloral*. J'ai observé des accidents comateux, chez un enfant de 18 mois, auquel on avait prescrit 0 gr. 20 de chloral en solution donnée en lavements. Chez les tout petits enfants, abstenez-vous donc de chloral. Quand les enfants souffrent trop, on pourra, dans certains cas, faire une incision de la gencive. Quoi qu'on en ait dit, ce moyen amène souvent baaucoup de calme.

Quand les dents poussent de travers, au moment de la troisième dentition, on pourra vous demander votre avis pour les redresser. Pour cela, vous avez deux procédés : ou bien celui des appareils ou bien celui d'enlever franchement une dent qui sera d'ordinaire une des 2 petites molaires. Pour la mâchoire inférieure, il sera parfois nécessaire d'enlever deux *dents*. Le dernier moyen doit toujours être préféré, car l'application des appareils a souvent pour effet d'ébranler les dents et ne donne d'ailleurs que des résultats incomplets, même après une application prolongée des appareils.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Antisepsie pratique et Emploi de l'oxycyanure d'hydrargyre

Par le Dr M. Deguy, *ancien Interne des Hôpitaux*

Plusieurs confrères m'ayant écrit pour leur indiquer les moyens les plus pratiques de faire l'antisepsie, surtout à la campagne, je souscris à leur désir et, par la même occasion, je pourrai répondre à ceux qui ont demandé ce qu'il fallait penser de l'oxycyanure d'hydrargyre comme antiseptique. C'est donc dire que cet article n'a aucune portée scientifique, mais qu'il a surtout pour but de traiter une question de simple pratique.

L'antisepsie, dans la pratique médicale quotidienne se propose les divers buts suivants : la désinfection *des mains, des plaies. des cavités naturelles* et ceci surtout sous forme d'injections vaginales, et enfin la *désinfection des instruments* qui servent couramment dans les petites interventions que se permet journellement le praticien. Or, l'idéal serait un antiseptique que l'on ait très facilement sous la main, qui soit facilement transportable sous un faible volume et qui puisse être applicable à tous les cas ci-dessus mentionnés. L'avons-nous ?

L'antiseptique par excellence est le sublimé, mais il a ses inconvénients : nous commencerons déjà par voir comment on peut l'employer avant d'en faire la critique.

Lorsqu'on est dans un hôpital ou dans une clinique, rien n'est facile comme la pratique de l'antisepsie, des infirmières remplissent les cuvettes, les solutions sont toutes préparées, les unes pour les instruments, les autres pour les mains, on les change à volonté, et la consommation en est considérable. Mais si, alors, la propreté est un jeu, il n'en est plus de même en ville et à la campagne où il faut tout préparer extemporanément, et cela dans le minimum de temps possible. C'est pour avoir constaté par moi-même les difficultés qu'on éprouve en ville pour désinfecter les mains ou les instruments soit à titre prophylactique lorsqu'on vient d'examiner une scarlatine ou une diphtérie par exemple, soit pour une petite intervention comme une incision d'abcès ; c'est en raison de cette constatation que j'ai cru faire œuvre utile de publier cette revue.

Comment peut-on employer le sublimé ? Il y a pour cela 6 modes de préparations.

1° Les *solutions simples*, que l'on formule soit sous forme de liqueur de Van Svieten, soit de la façon suivante :

Sublimé	1 gramme
Acide tartrique	4 —
Eau	1 litre

Mais cette préparation est mal commode, car elle n'est pas très facilement transportable, et elle devient très encombrante si l'on en a besoin d'une certaine quantité.

2° Les *solutions concentrées* pourraient remédier à ces inconvénients, mais elles ne sont utilisables que pour le médecin, car il ne peut ni ne doit en prescrire à ses clients, en raison des responsabilités à encourir. De plus, elles sont également encombrantes, même pour le médecin de campagne qui a sa voiture, et de plus, les flacons peuvent se déboucher. En outre, le sublimé se dépose tout autour du bouchon et sur le col de la bouteille lorsqu'on en a versé quelquefois, et la présence de ce corps toxique à l'état pulvérulent peut offrir quelques dangers ou inconvénients. Les solutions concentrées peuvent se formuler :

Sublimé	10 grammes
Alcool à 90°	100 —

Une cuillerée à café pour un litre d'eau (solution 1/2000e).

Digitized by Google

ou bien :

Sublimé	10 grammes
NaCl	10 —
Eau	180 —

Une cuillerée à bouche pour un litre d'eau (solution 1/1000e).

3° Les *savons au sublimé*. Anderson avait donné la formule suivante pour lavages dans les pityriasis versicolor :

Bichlorure de mercure	1 gramme
Alcool à 85	15 —
Savon vert }	ãã 75 —
Eau distillée }	
Huile volatile de lavande	1 —

On pourrait simplifier de la façon suivante :

Bichlorure de mercure	2 gr. 50
Alcool à 90°	Q. S.
Savon amygdalin	500 grammes

Faire dissoudre le sublimé et le savon dans de l'alcool à 90° chaud, autant seulement qu'il est nécessaire pour dissoudre le savon. Filtrez dans un flacon à très large ouverture et conservez pour l'usage.

Il est indispensable d'employer du savon complètement privé d'alcool.

D'ailleurs, on trouve facilement dans le commerce des savons au sublimé tout préparés. Le désavantage de ces savons est qu'ils ne sont bons qu'à demeure et qu'ils ne peuvent servir que dans des conditions bien déterminées, à savoir lorsqu'il s'agit simplement de la propreté des mains et quand il est possible d'enlever la mousse savonneuse avec de l'eau ordinaire et non pas avec un antiseptique, comme pour une intervention, car alors il y aurait double emploi.

4° Les *paquets de sublimé* sont très pratiques ; on les formule ainsi :

Sublimé	0 gr. 25
Acide tartrique	1 gramme
Sol. alcool de carmin d'indigo.	1 goutte
(Par paquet).	

Ce sont les paquets officiels qui servent à l'antisepsie obstétricale, mais leur dose en sublimé est peu élevée, et parfois insuffisante.

L'inconvénient des paquets est qu'ils peuvent se défaire, ou bien le papier se troue et le sublimé se répand dans les poches, présentant alors des dangers dont le moins considérable est l'altération de tous les métaux se trouvant à sa portée.

6° Les *pastilles de sublimé*. Le supplément de la 7e édition de la pharmacopée autrichienne les formule ainsi :

Sublimé }	ãã
NaCl }	
Sol. aqueuse d'eosine	Q. S.

Pour faire des pastilles de 1 gramme de sublimé.

Cette forme est très pratique car les pastilles se dissolvent assez rapidement, elles sont facilement transportables. Nous leur ferons cependant un reproche, elles sont très hygrométriques et doivent être maintenues dans un flacon bouché hermétiquement et luté avec de la paraffine. Si on n'a pas ces précautions et qu'on les laisse à même la poche dans du papier ou une boîte, elles se désagrègent sous l'influence de la sueur, de la pluie, si on est mouillé, du brouillard qui traverse les vêtements, et alors tous les objets métalliques qui sont à leur contact sont détériorés.

6° Les *papiers au sublimé* sont également très pratiques mais possèdent le même inconvénient hygrométrique à cause de la présence du NaCl. D'autre part, malgré tout le soin désirable apporté à leur confection, sont-ils rigoureusement dosés ?

Voici, d'après le formulaire de Gilbert et Yvon, comment se fait le papier Balme admis au Codex :

Sublimé }	ãã 5 grammes
NaCl }	
Eau distillée	15 —

Pour imbiber des bandes dosées à 0 gr. 50 et 1 gramme.

Tels sont les principaux procédés utilisés pour les solutions antiseptiques de sublimé. Nous avons envisagé successivement les inconvénients, légers, il est vrai, pour certaines préparations, et qui n'auraient qu'une importance secondaire en pratique, s'il n'y avait pas en plus d'autres inconvénients, inhérents au sublimé lui-même.

1° Le sublimé est irritant pour les mains du médecin ; outre l'inconvénient déjà assez considérable qu'il a de noircir très vite les ongles et les mains, il détermine souvent des érythèmes, des hydrargyroses qui en contre-indiquent formellement l'emploi, et certains épidermes y sont très sensibles.

2° En second lieu, le sublimé attaque les métaux et les instruments, et il est nécessaire d'avoir un autre antiseptique pour mettre tremper ces derniers, ce qui complique les choses. Les médecins qui portent des alliances doivent aussi chaque fois avoir soin de les enlever s'il ne veulent pas que l'action corrosive du sublimé se manifeste.

Ce sont là des inconvénients assez graves et que nous croyons pouvoir être évités par l'emploi de l'oxycyanure d'hydrargyre qui ne les possède pas et dont les propriétés antiseptiques sont certainement aussi accentuées.

L'oxycyanure d'hydrargyre est à peine mentionné par les formulaires et mérite d'être plus connu. Son emploi est de date relativement ancienne ; les ophtalmologistes, les médecins et chirurgiens d'enfants en font depuis longtemps usage, atnsi que des accoucheurs, et cela avec succès ; aussi nous nous

Digitized by Google

étonnons que son usage ne soit pas plus répandu. Pendant deux années de notre internat, c'était l'antiseptique courant employé dans le service et nous aurions considéré la mention que nous en faisons comme étant d'une absolue banalité, s'il ne nous avait été donné de voir que beaucoup de médecins en ignoraient l'existence et que nombre de pharmaciens n'en possédaient pas dans leur officine. Je fus très étonné également de lire dans le remarquable ouvrage de M. Prunier *(Les médicaments chimiques)* les mots suivants à propos du cyanure de mercure : « Duncan a proposé le cyanure double de mercure et de zinc comme antiseptique. On a songé à employer dans le même but le cyanure de mercure seul ou combiné à l'oxyde pour former de l'oxycyanure. Mais, les essais tentés dans ce sens n'ont pas conduit à des résultats assez encourageants pour entrer définitivement dans la pratique. » C'est contre cette assertion que nous nous élevons formellement, et nous donnons, de par une expérience suffisamment grande, les avantages suivants à l'oxycyanure.

1° Il est moins irritant et produit exceptionnellement des dermites. Les épidermes assez rebarbatifs au sublimé le supportent facilement, et, de ce fait, je puis citer mon observation personnelle.

2° L'oxycyanure n'altère pas les instruments ni les bagues, et on peut impunément les laisser séjourner dans ses solutions. On peut également les faire bouillir dedans sans les altérer. Certainement, à la longue, l'acier commencerait à être tacheté de rouille, mais ce fait n'est pas dû à l'oxycyanure mais à l'eau, car même phénomène se produit avec celle-ci à l'état de pureté. Donc l'oxycyanure n'altère ni le nickelage, ni l'acier, ni l'or. C'est donc là un avantage considérable que la même solution puisse servir à la fois pour la désinfection des mains et pour les instruments.

3° L'*oxycyanure est sans odeur*, avantage qu'il convient de faire remarquer, puisqu'il rend inutile la solution d'acide phénique pour les instruments, solution dont l'odeur désagréable et l'action irritante aux doigts ne sont plus à démontrer.

4° L'oxycyanure a des propriétés antimicrobiennes et antifermentescibles égales à celles du sublimé, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte par une série d'expériences faites au Laboratoire de l'Hôpital des Enfants Malades.

Il semblerait donc d'après tout cela que l'oxycyanure n'ait que des avantages, mais on lui a, à tort ou à raison, attribué des inconvénients.

On lui a reproché d'être une préparation instable et de s'altérer facilement. Or, cela est faux, car j'ai sous les yeux de la poudre d'oxycyanure qui servait à l'Hôpital des Enfants, et depuis un an qu'elle est conservée à l'air libre, elle n'a pas changé. Ce sel est donc stable et se conserve bien.

En présence d'autres sels en solution, l'oxycyanure subit, il est vrai, des transformations, le fait est certain ; mais on ne doit pas en conclure pour cela qu'il ne vaille rien comme antiseptique, puisque, pour cet usage, il ne se trouve que dans l'eau et sans addition d'aucun autre sel.

Les solutions dans l'eau distillée, restent éternellement claires et limpides ; dans l'eau ordinaire qui contient toujours à dose infinitésimales des sels, il se forme à la longue, au bout de 24 heures, un petit louche rosé au fond de la solution. Mais ce fait n'est pas spécial à l'oxycyanure, car il se produit également avec le sublimé, l'acide phénique, etc., etc. ; et il ne diminue en rien la valeur antiseptique du produit.

Tous ces inconvénients sont donc quantité négligeable, en raison des énormes avantages de l'oxycyanure. Il restait seulement un ennui, la solubilité. Elle est très rapide dans l'eau chaude ; mais très lente dans l'eau froide et ce fait me paraissait un grave obstacle à son emploi dans la pratique quotidienne où l'on a besoin d'aller vite. Mais je ne désespérais pas d'arriver à trouver le moyen d'une dissolution rapide, et c'est alors que je priai M. Guillaumin, Interne en pharmacie à l'Hôpital Necker et chimiste distingué, de diriger des recherches dans ce sens. Pendant deux mois, le résultat fut nul ; puis M. Guillaumin me fit observer qu'il y avait diverses variétés d'oxycyanure, tenant au mode de préparation et aux proportions du mélange d'oxyde et de cyanure et aussi à la pureté de ces sels.

Il prépara donc un oxycyanure nettement défini et absolument pur ; et grande fut notre stupéfaction en constatant qu'il se dissolvait immédiatement dans l'eau froide. La solubilité ne tient donc pas au sel, mais à sa préparation et à sa pureté.

On peut alors avec ces sels faire de même que pour le sublimé, et employer soit :

1° la solution normale au millième dans de l'eau ;

2° la solution concentrée faite dans l'eau chaude, mais qui est une mauvaise préparation, car l'oxycyanure se dépose très rapidement dans le fond de la bouteille, et nous ne recommandons pas cette façon de procéder.

3° Pour avoir un procédé rapide et pratique, nous nous sommes adressés à la méthode des comprimés, dont la commodité d'emploi est remarquable, ainsi que j'ai pu l'expérimenter avec des comprimés que j'ai dus à l'obligeant concours de M. Guillaumin. De l'oxycyanure pur et soluble fut mis par lui très facilement en comprimés de 0,50 centigrammes et de 1 gramme pour avoir des solutions au millième ou au deux millième.

Digitized by Google

Avec un comprimé de 1 gramme, dans l'eau froide, simplement en agitant, la dissolution est complète au bout de 2 à 3 minutes au plus.

Si on prend soin d'écraser le comprimé, la dissolution se fait en moins d'une minute.

Dans l'eau chaude, elle est instantanée.

Les autres propriétés chimiques de l'oxycyanure sont les suivantes, d'après les recherches de M. Guillaumin :

Il existe plusieurs combinaisons plus ou moins basiques répondant au nom d'oxycyanure de Hg.

Le produit employé par nous a pour formule : $Hg\,O,\ Hg\,Cy^2$.

Ce sel se présente sous la forme d'une poudre cristalline, d'un blanc jaunâtre, *inodore*. Sa réaction est neutre et ne doit jamais être acide. Il se dissout rapidement dans l'eau froide dans la proportion environ de 1 pour 150, il est beaucoup plus soluble dans l'eau bouillante, mais se précipite en partie par refroidissement, quand il est en excès.

Avec l'eau distillée, les solutions sont limpides et stables, avec l'eau ordinaire, il se forme au bout de quelque temps un précipité jaunâtre qui est vraisemblablement un produit analogue au turbith minéral prenant naissance au contact des sulfates dont l'eau ordinaire contient toujours une certaine proportion.

La potasse et la soude ne précipitent pas les solutions, l'ammoniaque donne un précipité blanc, l'hydrogène sulfuré un précipité noir.

L'oxycyanure de Hg est insoluble ou presque insoluble dans l'alcool.

Il nous semble donc, d'après notre expérience personnelle, que l'oxycyanure est appelé à rendre de très grands services aux médecins, puisque ses propriétés antiseptiques sont aussi intenses que celles du sublimé et puisqu'il présente l'avantage de ne pas altérer les instruments et d'être d'un emploi très facile et peu encombrant, sous forme de comprimés. Enfin, et le fait mérite d'être noté, il est moins irritant que le sublimé pour les muqueuses, et j'ai pu, maintes fois, l'employer sans inconvénients, pendant plusieurs jours, pour faire des lavages de la gorge ou de la bouche, en solution, au 1/2000. Je crois même qu'en cas de nécessité, on pourrait employer des solutions plus concentrées. Ajoutons, enfin, que pour les injections vaginales, en solutions à titre égal à celles du sublimé, il est beaucoup mieux toléré par les femmes, et que celles-ci n'accusent pas la sensation de picotement et de resserrement qui est assez fréquente avec les solutions de bichlorure au 1/2000 ou au 1/1000.

CLINIQUE MÉDICALE

Sur la pathogénie de l'œdème aigu du poumon

Par H. Huchard (1)

A trois reprises différentes, après Andral qui dès 1837 donna le premier une bonne description de l'œdème aigu du poumon, après Bouveret dont le travail paru en 1890 fait autorité au double point de vue clinique et pathogénique, j'ai étudié cette question (*Société médicale des hôpitaux* 1890, *Revue internationale de médecine* 1895, *Académie de médecine* 1897). Je pourrais donc me dispenser de prendre la parole dans ce débat, d'autant plus que les conclusions expérimentales de l'un des rapporteurs, M. Teissier (de Lyon), reproduisent et confirment absolument les idées pathogéniques que j'ai émises à ce sujet. C'est donc l'observation du malade qui a ouvert la voie, et l'expérimentation qui est une « observation provoquée », comme l'a dit Cl. Bernard, a donné gain de cause à la clinique.

Je n'ai rien à dire sur le rapport intéressant de M. Masius (de Liège), ni sur le savant rapport de M. Basch (de Vienne), celui-ci émettant des idées théoriques qui attendent encore leur sanction pratique. Je répondrai seulement à M. Teissier qui me permettra de rectifier quelques légères inexactitudes.

Tout d'abord, je crois qu'il y a lieu de faire une distinction entre la congestion aiguë du poumon telle qu'on l'observe dans le rhumatisme articulaire aigu et dont la thèse trop oubliée de Houdé, en 1861, donne de beaux exemples, et l'œdème aigu du poumon qui est, à proprement parler, un œdème aigu associé à un élément congestif indiscutable, d'où le nom d'*hémo-œdème* qui lui conviendrait. La preuve que ces deux éléments congestifs et œdémateux sont associés, nous est fournie par l'anatomie pathologique d'abord et par la clinique ensuite. « Souvent, « comme je l'ai répété dans mes trois mémoires con « sécutifs, l'expectoration est de coloration rosée, « d'apparence *saumonée*, tout à fait caractéristique, « ce qui indique l'adjonction d'un élément congestif « à la fluxion œdémateuse. » Voilà ce qui distingue l'œdème aigu, ou plutôt l'hémo-œdème aigu du poumon, de la congestion pulmonaire suraiguë du rhumatisme où il n'y a que de la fluxion sanguine, et de l'expectoration albumineuse après thoracentèse où la fluxion œdémateuse est prédominante, le

(1) La question de l'œdème aigu du poumon est toujours d'actualité. C'est pourquoi nous croyons devoir reproduire l'argumentation sur la pathogénie de ce syndrôme (*Congrès international de médecine*, 5 août 1900). Cette argumentation prouve, une fois de plus, que l'observation clinique, qui doit presque toujours être alliée à l'observation expérimentale, peut parfois précéder longtemps celle-ci.

Digitized by Google

plus souvent sans association de congestion pulmonaire.

M. Teissier reconnaît à l'œdème pulmonaire une origine mixte (par *infection* ou *intoxication, intervention nerveuse, troubles mécaniques*), et il me range à tort parmi les partisans exclusifs de la « théorie névro-motrice ». Or, pour affirmer que telle n'est pas mon opinion et pour démontrer qu'au contraire ses conclusions expérimentales reproduisent presque textuellement mes conclusions cliniques émises depuis plusieurs années, il me permettra de remettre sous ses yeux plusieurs passages de l'un de mes travaux :

« La filiation pathogénique est donc celle ci : trou-
« bles de l'innervation cardio pulmonaire par péri-
« aortite; augmentation considérable de la tension
« vasculaire dans la petite circulation; insuffisance
« aiguë au rapide du ventricule droit.

« ..... Nous avons insisté sur l'élément *mé-*
« *canique* (hypertension pulmonaire et insuffisance
« subite du ventricule droit), sur l'élément *nerveux*
« favorisé souvent par la péri-aortite et la péricar-
« dite de la base. Il faut ajouter encore l'élément
« *toxique* qui certainement joue un rôle en portant
« son action sur les nerfs et en mettant le système
« vasculaire « en instance d'œdème », selon la judi-
« cieuse expression de Renaut (de Lyon). Voilà
« une pathogénie certainement très complexe, et cela
« très heureusement, ajouterai-je, car la réunion né-
« cessaire de tous ces éléments pathogéniques expli-
« que et assure l'infréquence relative de l'accident
« dans les néphrites.

« Les indications thérapeutiques s'inspirent des
« trois faits suivants que l'étude pathogénique nous
« a enseignés :

« 1° Enorme hypertension pulmonaire, affaiblisse-
« ment subit ou rapide de l'organe compensateur, du
« ventricule droit vaincu par cette hypertension (élé-
« ment *mécanique*).

« 2° Troubles de l'innervation cardio-pulmonaire
« (élément *nerveux*).

« 3° Imperméabilité rénale très fréquente avec in-
« toxication consécutive de l'organisme (élément *to-*
« *xique*). »

Voilà ce que je disais en 1890 et ce que je répétais encore plus expressément en 1897, à l'Académie de Médecine, en m'appuyant seulement sur les enseignements de la clinique. Or, notre collègue de Lyon arrive par l'expérimentation à une conclusion absolument semblable, exprimée en termes identiques : « De quelque côté qu'on se retourne, dit-il, à quelque
« catégorie d'œdème aigu que l'on s'adresse, on re-
« trouve partout et toujours la même trilogie de
« conditions génératrices, à savoir la *toxi-infection*,
« les *accidents nerveux* et les *troubles mécani-*
« *ques*. » Il ajoute, encore en s'appuyant sur d'intéressantes expériences, que : des troubles mécaniques passagers, seuls, quoique violents sont insuffisants pour provoquer de l'œdème pulmonaire; qu'une lésion nerveuse seule est incapable de le réaliser; que pour le produire « il faut faire intervenir une intoxication préalable ». C'est là une démonstration éclatante, par l'expérimentation des faits, que la clinique nous avait appris, dix ans auparavant.

« Cette notion pathogénique, ajoute notre collègue,
« paraît d'autant plus rationnelle qu'elle nous ap-
« porte une explication très vraisemblable de ces
« deux faits sur lesquels nous avons dû déjà insis-
« ter : 1° La *prédilection de l'œdème aigu pour les*
« *cas de mal de Bright avec rein scléreux*, c'est-à-
« dire alors que chez le même sujet se trouvent réu-
« nis l'auto-intoxication, les désordres mécaniques
« (hypertension), les altérations nerveuses (péri-
« aortite et excitation du plexus cardiaque); et 2° *sa*
« *rareté dans la néphrite épithéliale pure*, où ces
« trois facteurs pathogéniques sont en général
« écartés. »

Je suis encore très heureux de rappeler que j'étais arrivé aux mêmes conclusions. « L'œdème aigu du poumon, disais-je (*Académie de médecine*, 27 avril 1997), ne se rencontre jamais ou presque jamais dans le gros rein blanc (néphrite épithéliale de Teissier), mais dans la néphrite artérielle interstitielle (mal de Bright avec sclérose de Teissier) où la lésion rénale la péri-aortite, les phénomènes mécaniques d'hypertension se réunissent pour produire l'œdème aigu du poumon. »

Nous ne saurions donc trop remercier et féliciter M. Teissier (de Lyon), de ses efforts persévérants, de ses expériences multipliées qui ont contribué à confirmer une fois de plus les conclusions très nettement établies par la clinique. « L'hypothèse expérimentale — a dit Cl. Bernard — n'est que l'idée scientifique préconçue ou anticipée. » Pour cette fois (et peut-être pour d'autres fois), l'opinion de notre grand physiologiste ne s'est pas réalisée. Ici, c'est l'observation clinique qui a été l'idée scientifique « anticipée. »

Comme il est entendu que M. Teissier et moi sommes toujours du même avis, nous devions arriver aux mêmes conclusions thérapeutiques, et affirmer qu'une large *saignée* générale, hâtivement prescrite, constitue le moyen le plus sûr d'enrayer les accidents et de prévenir une terminaison mortelle. Sur ce point, tous les auteurs, même ceux qui nous ont précédés, sont du même avis. Quant aux dangers de la *morphine* que notre collègue a signalés après d'autres, ils sont réels, quoique très exagérés. Je lui en signale deux autres qu'il a omis : 1° Le danger des *vésicatoires* qui peuvent contribuer, en fermant le rein, à augmenter

Digitized by Google

l'élément toxique ; 2° le danger des *iodures*, capables de déterminer par eux-mêmes des fluxions œdémateuses, la thérapeutique pouvant devenir ainsi la complice de la maladie.

Dans le cours de la discussion, M. Dieulafoy ayant proclamé que l'œdème aigu du poumon est d'origine simplement brightique, M. Huchard a répondu en ces termes :

Je répondrai deux mots seulement à M. Dieulafoy.

Notre collègue prétend que l'élément toxique seul, que la lésion rénale seule, est capable de produire l'œdème aigu du poumon. En nous appuyant sur l'observation cliniqued'abord, sur l'observation expérimentale ensuite, nous avons et maintenons une opinion très différente, et nous affirmons que le « brightisme », à l'importance exclusive duquel Bright lui-même n'avait pas songé, est une conception très insuffisante pour donner la pathogénie d'un grand nombre d'accidents.

Il n'est pas possible, je le répète, que seule la lésion rénale, le « brightisme » puisse produire l'œdème aigu du poumon, puisque celui-ci survient dans une forme de mal de Bright (rein scléreux) où les œdèmes sont relativement rares et peu accentués, et qu'il ne survient presque jamais dans une forme de mal de Bright (néphrite épithéliale) où les œdèmes sont fréquents et même généralisés.

Dans une discussion, on ne parvient jamais à se convaincre par des paroles. Les vérités scientifiques ne se proclament pas, elles se démontrent. Je n'ai pas convaincu M. Dieulafoy ; il ne me convaincra pas davantage. Ce sont les *faits* cliniques et expérimentaux qui nous donnent raison pour le présent comme pour l'avenir. La clinique et l'expérimentation se rencontrent dans la même affirmation. On ne peut pas demander davantage.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Intoxication par le naphtol camphré. — Une fille de 12 ans, observé par Sinding-Larsen, était atteinte de tumeur blanche de l'articulation du pied. On lui injecte le 8 février 1900 5 c. c. de naphtol camphré dans l'articulation, sans résultat fâcheux. Nouvelle injection de 4 c. c. après huit jours ; mais aussitôt, apparition de crampes épileptiformes, de délire, cyanose, œdème pulmonaire avec pouls petit et misérable. L'air expiré eut, deux minutes après l'injection, une forte odeur de camphre. Les crampes et le délire disparurent après dix minutes, mais les symptômes d'affaiblissement cérébral se maintinrent dans toute leur force pendant 24 heures environ, pour ne disparaître entièrement qu'au bout de plusieurs jours. L'auteur passe en revue d'autres exemples d'intoxication semblable, et quoiqu'il n'en connaisse pas les causes, il conseille la prudence, estimant que, même avec de petites doses, il ne faut pas forcer l'injection quand celle-ci rencontre un obstacle, comme dans l'observation rapportée (articulations oblitérées, glandes sclérosées, etc. — *Norsk Magazin for lægevidenskaben*, Christiania, septembre 1900. — D. R.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Nouveaux remèdes

Fer ammoniacal (Arsénio-citrate de) (1). — Lamelles vertes, très facilement solubles dans l'eau ; elles renferment 1,4 % d'acide arsénieux, 15 à 18 % de fer métallique.

Ce produit a récemment attiré l'attention du corps médical, car nous possédons en lui, d'après les observations de Valvassori-Peroni (2), un précieux antipériodique, pouvant facilement être administré aux enfants par la voie sous-cutanée. Cet observateur, pour un traitement complet de la malaria chez les enfants, pratique de 30 à 50 injections de cette préparation.

Dès la seconde ou la troisième injection, les enfants n'accusent plus aucun phénomène fâcheux du côté de l'estomac ; aucun autre effet accessoire, soit local, soit général, n'a pu être observé à la suite de ce mode d'administration, qui a même réussi dans les cas où la quinine s'était montrée inefficace. Voici la formule recommandée pour la préparation du liquide à injecter :

Arsénio-citrate de fer ammoniacal.	0 gr. 35
Eau distillée stérilisée	10 grammes

F. s. a. Injecter tous les 2 ou 3 jours, 1 centimètre cube.

Un centimètre cube de cette solution renferme 0 gr. 035 de la préparation, quantité qui correspond à un 1/2 milligramme d'acide arsénieux.

Basicine. — Kreidmann étudie ce nouveau remède (*Deut. Med. Wochensch.*, 1900).

C'est un mélange de deux parties de quinine avec une partie de caféine libre, qui sert de base à un grand nombre de solutions d'alcaloïdes destinées à être injectées sous la peau. Voici quelques formules composées avec la basicine.

Pour injections sous-cutanées :

I.	Sulfate d'atropine	0 gr. 01
	Basicine ..... }	ãã 10 grammes
	Eau distillée ..... }	
II.	Salicylate d'éserine	0 gr. 01
	Basicine ..... }	ãã 10 grammes
	Eau distillée ..... }	
	Azotate de pilocarpine...	0 gr. 01
III.	Basicine ..... }	ãã 7 — 5
	Eau distillée ..... }	

Pour frictions, l'auteur recommande la solution suivante :

Basicine	5 grammes
Chloroforme.....	37 gr. 5
Alcool	12 — 5
Huile d'olives.....	45 grammes

Thiol. — Gerbsmann *Jeshenedelnik*, 1899, n° 42) a obtenu de bons résultats dans le traitement des brûlures et de l'eczéma en employant le thiol liquide. Le thiol est un mélange brun noirâtre de matières sulfocarbonées qui contient 12 % de soufre. On lave d'abord les plaies à l'aide d'une solution boriquée 2 % puis on applique le thiol. L'auteur a aussi traité avec succès diverses sortes d'eczéma. A. G.

(1) *Annales de Merck*.
(2) Valvassori-Peroni, *Assoc. Sanitor*, Milan, 1899, n° 2.

Digitized by Google

MÉMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Résultats de l'examen du cœur dans les différentes positions. — M. Zeehuisen d'Utrecht a examiné le cœur de 104 sujets jeunes dans les différentes positions; il a noté des variations de plusieurs ordres qui lui permettent de formuler les conclusions suivantes : le choc de la pointe se déplace vers le haut quand un individu jeune et vigoureux se couche; souvent on le trouve dans la station au niveau du 5e, et dans le décubitus au niveau du 4e espace intercostal. Ce déplacement est attribuable à l'ascension du diaphragme qui refoule le cœur. A la percussion, on trouve souvent une matité cardiaque qui s'étend derrière le sternum jusqu'à la ligne médiane ou jusqu'au bord droit de cet os chez les sujets couchés; quand on les fait se redresser, cette zone de matité disparaît *(Centralbl. f. innere Med.)*. Le changement de position modifie aussi les phénomènes acoustiques d'une facon appréciable : dans le décubitus, le deuxième bruit pulmonaire est beaucoup plus fort que le bruit aortique; cela est particulièrement net chez les sujets à thorax peu développé. Examinées debout, ces mêmes personnes présentent des bruits égaux. Si, par contre, on étudie le même phénomène chez des alcooliques — brasseurs, tonneliers, etc., — le deuxième bruit aortique est le plus fort. — Les bruits morbides symptomatiques des lésions valvulaires sont le plus intenses dans la position couchée; chez quelques-uns ils disparaissent même dans la position verticale, ou sont remplacés par un prolongement du bruit qu'ils accompagnaient. Pourtant Rosenstein et Sydney Ringer avaient prétendu qu'on entendait mieux les souffles chez les malades assis; cela est juste pour l'asystolique chez lequel le fait de se redresser excite le cœur à battre plus fort, parce qu'il nécessite un certain effort. Mais quand il s'agit simplement d'une lésion, leur proposition n'est pas juste. Il est avantageux, en outre, d'ausculter surtout pendant l'expiration, où l'on entend le mieux, tant les souffles que les dédoublements physiologiques et pathologiques. — Bd.

Pleurésies purulentes à bacille de Friedlander. — Le bacille de Friedlander peut devenir l'agent pathogène d'une pleurésie purulente, et on connaît de ce fait, huit observations, dont six chez des hommes adultes, la plupart infectés de tuberculose (Netter), de grippe (Letulle), de pyélonéphrite (Rispal), d'infection généralisée (Etienne). Dans un cas de M. Siredey, la pleurésie purulente exista d'emblée. D'après la statistique de Netter, le pneumo-bacille de Friedlander ne se rencontre que dans 2 0/0 des cas de pleurésie purulente. Il ne semble pas qu'il y ait de caractères cliniques spéciaux (Renaud, *Th. Paris*, 1900), la vomique a été observée 2 fois, deux autres fois, la pleurésie s'est trouvée marquée par des symptômes de broncho-pneumonie; une autre fois, la pleurésie a été méconnue et, quand elle a été diagnostiquée (Wolf, Siredey), la nature de l'affection n'a pu être déterminée que par la bactériologie. Il y eut 3 guérisons sur 8 ; deux malades moururent de pyohémie avec manifestations purulentes disséminées.

En somme, sur 8 cas, il y en eut 4 où la pleurésie existait avec complications (tuberculose, 2 pyohémies, pyélonéphrite), et sur les 4 autres 2 guérirent après vomique, 1 autre après large résection costale, le 4e mourut après avoir été ponctionné. Il semble résulter de ces faits que le meilleur traitement serait l'incision avec résection costale. — M. D.

L'endocardite au cours des amygdalites. — Charrin, Osler, Dupré, Loomis et Thompson, Stoss, Benda, etc., ont mentionné des cas d'endocardite aiguë au cours ou à la suite des amygdalites. A. Packard (*American Journal of méd. sciences*, janvier 1900), rapporte encore cinq cas d'endocardite relevant de la même cause, survenus chez des enfants de 4, 5, 6 et 15 ans et chez un adulte de 32 ans qui n'avaient présenté à aucun moment de symptômes de rhumatisme.

L'affection cardiaque fut constatée dans plusieurs cas au cours de l'amygdalite ; elle évolua lentement et se constitua définitivement après la guérison de l'amygdalite.

Dans tous ces cas, l'affection se localisa sur la valvule mitrale et dans deux cas elle frappa le péricarde. — E.-L.-M.

Sur un volumineux anévrysme aorto-abdominal guéri par l'emploi interne de la gélatine. — Femme de 35 ans, ayant eu 7 enfants. Gros anévrysme de l'aorte abdominale siégeant surtout au niveau de l'ombilic. Les circonstances n'ayant pas permis d'avoir recours à l'emploi des injections sous-cutanées, Vedeler eut l'idée d'administrer la gélatine par la voie stomacale : Solution de gélatine à 10 0/0 dans une dissolution de sel marin (7,50 0/0) ; 200 gr. par jour. Sous l'influence de ce traitement, aidé du repos et de l'application de sacs de glace,

Digitized by Google

nuit et jour, les douleurs cessèrent, la tumeur diminua, au point que quatre mois après, l'anévrysme ne formait plus qu'une nodosité peu résistante. Plus tard, la solution de gélatine ne fut plus administrée que de deux jours en deux jours, et finalement, on pouvait affirmer la guérison, en octobre.

Cependant, il faut bien admettre que l'application continue ou répétée de la glace a eu également des effets favorables. L'intérêt de ce fait réside surtout dans l'emploi interne de la gélatine. (*Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, Christiania février 1900). — R. D.

Sur le mode de transmission de la fièvre typhoïde. — Après avoir parlé de l'infection par l'eau potable et par le lait, Yngvar Ustvedt affirme que la théorie des gaz d'égout semble peu plausible; il cite les exemples de contagion par les huîtres, la glace etc. Enfin, il mentionne la contagion directe d'un individu à l'autre, et il insiste sur ce fait qu'il est impossible de fixer une démarcation bien tranchée entre la transmission personnelle, directe et indirecte, vu que dans la plupart des cas, il est impossible de décider par laquelle de ces voies la contagion a pu se produire. La transmission par intermédiaire sain peut être considérée comme cliniquement prouvée et n'a rien de déraisonnable. Il convient sans doute de l'expliquer de la même façon que la contagion par convalescents; par le fait que le bacille du typhus peut se trouver dans l'intestin humain, sans pourtant qu'il se manifeste aucun symptôme clinique de la maladie. (*Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, Christiania, février 1900). — R. D.

L'appendicite pendant la gestation, la parturition et les couches. — D'après Oscar Semb, qui relate plusieurs observations, la gravidité ne crée pas de disposition à l'appendicite, mais, par contre, l'appendicite chronique est peut-être plus sujette à récidive, quand il y a gravidité. Celle ci peut ainsi augmenter les dangers de l'appendicite, lorsque le foyer est rapproché de l'utérus et y adhère directement ou indirectement, soit en raison de l'hyperémie due à la gravidité, soit pour des causes mécaniques. La parturition elle-même peut agir par rupture d'adhérences protectrices ou de l'appendice gangréné. D'autre part, du foyer appendiculaire l'infection peut gagner l'utérus. L'avortement est fréquent dans les cas très graves d'appendicite, mais rarement dans la forme catarrhale. L'auteur ne croit pas l'opération nécessaire dans tous les cas, et les formes catarrhales bénignes ont souvent une issue favorable sans opération. En cas de récidive et pour les formes graves, l'opération est indiquée. (*Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, juin 1900). — R. D.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement des cardiopathies infantiles compliquées. — Si les cardiopathies infantiles sont habituellement très bien supportées, et restent latentes, elles peuvent aussi donner lieu à des troubles fonctionnels d'intensité et de gravité variables depuis la dyspnée d'effort jusqu'à l'asystolie complète (E. Weill, *Archives des médecine des enfants*, février 1900).

1° *Formes légères.* — Dans les formes légères où l'insuffisance du myocarde n'apparaît qu'à l'occasion des efforts, le traitement reste surtout hygiénique.

Il s'adresse d'abord à la cause : régime et eupeptiques, dans les troubles gastriques; s'il s'agit d'excitation nerveuse, on ordonnera le repos physique et cérébral, les sédatifs, le bromure de potassium, l'hydrothérapie faite avec prudence (lotions avec de l'eau à 25° ou 30° sur la poitrine puis sur le dos).

Si les accidents sont bien dus à la diminution de résistance du myocarde, on ordonnera pendant quelque temps les toniques du cœur, et l'on recourra au traitement mécanique (Méthode d'Œrtel et gymnastique de Ling).

La méthode d'Œrtel, qui consiste en ascensions graduées, diète des liquides, diaphorèse obtenue par la marche ou par les étuves, s'applique au cœur gras et ne peut être employée chez l'enfant.

La méthode suédoise ou gymnastique de Ling, qui est appliquée dans plusieurs stations hydrominérales, comprend des mouvements passifs, des mouvements de résistance, des mouvements actifs.

Les mouvements passifs pratiqués avec la main ou avec des machines spéciales, comprennent, d'après Wide, le pétrissage des muscles, les mouvements de circumduction, les mouvements qui favorisent la respiration; Zander y ajoute la trépidation du thorax pour ralentir le cœur. Levin masse directement le cœur : l'effleurage et les vibrations ralentissent les battements; le hachement et le tapotement à mains plates relèvent l'activité cardiaque.

Dès que le malade est amélioré par les mouvements passifs, on prescrit les mouvements de résistance puis les mouvements actifs.

Le massage abdominal, associé au massage des membres a donné à M. Huchard et à son élève Piatot d'excellents résultats contre l'ascite et les œdèmes. Il a toutefois l'inconvénient, chez les mitraux, d'abaisser la tension artérielle.

Le traitement mécanique a été encore peu employé chez les enfants. Il a donné chez quelques enfants atteints de lésions mitrales, de bons résultats qui sont consignés dans la thèse de Mme Tacké.

Il ralentit le cœur et le tonifie, diminue la dyspnée,

Digitized by Google

active la croissance, mais sa principale indication, qui est de favoriser la circulation périphérique, n'existe guère chez l'enfant, de sorte qu'il a ici une utilité bien moindre que chez l'adulte.

2° *Formes graves, asystolie.* — L'asystolie infantile possède quelques caractères particuliers : en général les battements cardiaques et le pouls radial restent réguliers, ce qui tient à la rareté de la myocardite interstitielle. Le pouls veineux est l'exception. Les œdèmes déclives ne sont pas la règle comme chez l'adulte. Par contre, il n'est pas rare d'observer des congestions pulmonaires et hépatiques.

Le traitement a peu de prise sur le cœur, lorsque le myocarde de l'enfant est sérieusement affaibli; l'asystolie survient plus tard, mais elle est plus grave. On peut dire avec Weill que « les maladies du cœur compensées sont plus bénignes chez l'enfant que chez l'adulte; non compensées elles sont plus graves chez le premier que chez le second. »

Weill distingue 3 sortes d'asystolie :

1° *Asystolie par lésion directe du myocarde.* — Ce qui domine dans ce cas, c'est l'affaiblissement progressif du cœur dont les battements restent réguliers jusqu'à la fin. Le traitement consiste dans l'immobilité absolue au lit, la révulsion précordiale ou l'application de vessie de glace, le régime lacté, l'administration de la digitale. En cas de collapsus, donner les stimulants habituels.

2° *Asystolie par inhibition.* — Elle relève surtout de la péricardite.

3° *Asystolie mécanique.* — Elle survient dans les lésions orificielles très serrées ou dans les symphyses cardiaques.

La digitale doit être employée chez l'enfant, non seulement quand il y a des troubles du rythme cardiaque ou des embarras de la circulation périphérique, mais chaque fois que le pouls s'accélère et que le cœur se dilate.

Mal supportée chez les très jeunes enfants, elle convient bien à la seconde enfance. On l'administre, comme chez l'adulte, soit par petites doses répétées, soit en une dose massive suivant la méthode de Huchard. Si la faiblesse du cœur persiste, on peut redonner une ou deux doses plus faibles dans le même mois.

La cure digitalique doit être précédée du repos, de l'évacuation du tube digestif et de la diète lactée. On peut employer l'infusion, la macération, et la digitaline cristallisée de Nativelle. Marfan prescrit 10 à 20 centigrammes de poudre de feuilles en macération de 3 à 5 ans, 20 à 30 centigrammes entre 5 et 10 ans. Il donne la digitaline cristallisée à la dose de 1/5 à 1/4 de milligramme de 5 à 10 ans; jamais au-dessous de 5 ans. Huchard ne donne 1/4 de milligramme de digitaline cristallisée qu'au-dessus de dix à douze ans, Weill donne 1/2 milligramme à partir de dix ans.

Comme succédanés de la digitale, on emploiera la caféine en potion ou en injection hypodermique, associée au bromure de potassium si elle détermine trop d'excitation. On donnera :

De 2 à 5 ans	—	10 à 30	centigr.
5 à 10	—	30	—
10 à 14	—	40 à 50	—

Le sulfate de spartéine se donne à la dose de 1 à 2 centigrammes de 3 à 5 ans, de 2 à 4 centigrammes de 5 à 10 ans.

Enfin, le strophantus, l'extrait de muguet, peuvent être employés.

On combattra la congestion viscérale et les œdèmes par les purgatifs drastiques, les diurétiques tels que l'oseille sous forme de vin de Debreyne (2 à 3 cuillerées à café par jour), la théobromine, la lactose, le calomel, le régime lacté. La gymnastique suédoise le massage abdominal, le massage des membres, les mouvements passifs et surtout les secousses de la région précordiale méritent d'être essayés.

Enfin, dans les cas de dilatation cardiaque avec accidents dyspnéiques menaçants, la saignée générale peut être employée chez l'enfant. — E. L. M.

OBSTÉTRIQUE

Des malformations d'origine congénitale par arrêt du développement de l'amnios. — Se basant sur les observations de divers auteurs, M. Delpeut (*Th. Paris* 99) admet avec Dareste que la production des malformations congénitales est possible par la modification de l'évolution du germe fécondé ou de ses annexes avec toutes leurs variétés. D'après l'auteur, l'arrêt de développement de l'amnios en particulier peut provoquer une compression totale ou partielle du fœtus inclus dans sa cavité, ayant pour résultat des déviations du type spécifique, compatibles avec la vie et avec l'exercice des fonctions génératrices. La nature de ces malformations est en rapport avec l'intensité de la cause modificatrice et l'époque de son action. La gravité des malformations décroit généralement avec l'époque de leur apparition.

Delpeut ne fait pas intervenir la contraction continue ou insolite du muscle utérin, qui, d'après lui, ne pourrait avoir comme résultat que de provoquer des avortements ou des accouchements prématurés ; il pense que toutes les malformations sont le résultat d'une compression subie à un âge plus ou moins avancé de la grossesse et produite par l'amnios qui, ayant subi un arrêt de développement dont les causes

Digitized by Google

peuvent être physiologiques ou pathologiques, vient s'appliquer sur les parties saillantes du fœtus, les contraint à repousser devant elles les parties moins résistantes, les déprime et leur impose une attitude vicieuse. Un contact trop prolongé provoquant souvent des adhérences et des brides amniotiques.

Ainsi donc, attitude fixe du fœtus et pression continue sur les parties les plus saillantes, telles sont les conditions qui découlent de l'arrêt de développement de l'amnios et qui permettent de comprendre le mécanisme des malformations; malheureusement l'auteur n'apporte ni observation personnelle, ni fait nouveau pour étayer cette théorie ingénieuse. — J. H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Statistique de la tuberculose en Ille-et-Vilaine. — M. Brouardel. — Les statistiques du ministère de l'intérieur en France ne comprennent que les villes ayant plus de 5.000 habitants. Nous avons quelques renseignements sur 89 villes comptant moins de 5.000 habitants.

Pour la mortalité par tuberculose nous trouvons :

Villes de plus de 50.000 habitants	=	41,3	pour 10.000 habitants
— de 10.000 à 50.000	—	= 30,1	—
— de 5.000 à 10.000	—	= 26,7	—
— ayant moins de 5.000	—	= 24,5	—

Mais si on compare les périodes 1891-95 et 96-97, il semble que la mortalité tuberculeuse a augmenté dans les villes de moins de 5.000 habitants de deux unités.

Il était intéressant de savoir si cette invasion de la campagne était réelle. M. le Dr Lesage, maître de conférences à la Faculté des sciences de Rennes, a bien voulu se charger de faire ces recherches pour 84 communes d'Ille-et-Vilaine ayant moins de 4.000 habitants.

Elles l'ont amené aux conclusions suivantes :

1° La mortalité par tuberculose, moyenne annuelle pour 10.000 habitants, tirée de la période de 1890 à 1899, est de 22,56 pour l'ensemble des 84 communes étudiées en Ille-et-Vilaine.

2° La mortalité par tuberculose subit des variations suivant la population, mais il y a lieu de distinguer : la population totale des communes, la population agglomérée en chef-lieu (population agglomérée principale), le rapport de ces populations.

a. — La mortalité par tuberculose n'offre pas de rapport nettement appréciable avec la population totale de chaque commune.

b. — La mortalité par tuberculose présente au contraire un rapport assez marqué avec la population agglomérée au chef-lieu (agglomération principale), et plus marqué encore avec le rapport de la population agglomérée principale à la population totale. Cette mortalité croît d'une façon appréciable quand la population agglomérée principale et quand le rapport de la population agglomérée principale à la population totale augmentent, mais plus sensiblement dans le second cas que dans le premier.

Dans l'étude des statistiques faites sur l'ensemble de chaque commune, comme celles que j'ai recueillies, on peut employer avantageusement, dans les campagnes, le rapport de la population agglomérée principale à la population totale, pour le substituer à la densité utilisée dans les statistiques des villes, en vue de se rendre compte de l'influence de l'agglomération sur la mortalité.

3° Disons aussi, puisque l'étude en a été faite, que les variations de la mortalité totale, comparées à celles des populations et de leurs rapports, suivent la même allure que les variations de la mortalité par tuberculose, mais que cette dernière augmente proportionnellement un peu plus rapidement que la mortalité totale avec l'augmentation de la population agglomérée principale ou du rapport des deux populations. Cette conclusion présente un certain intérêt, puisqu'elle tend à rappeler que l'agglomération est encore ici facteur de la mortalité par tuberculose.

4° La mortalité par tuberculose varie avec l'âge et le sexe.

a. — Elle est plus grande chez l'homme que chez la femme, à presque tous les âges,

b. — Dans les deux sexes, le maximum de cette mortalité se produit entre vingt et trente ans.

5° La mortalité par tuberculose ne paraît pas avoir de rapport précis avec l'altitude. Rappelons que les variations de cette altitude ont été assez faibles dans l'ensemble des communes passées en revue (de 11 à 184 mètres).

Un monstre thoraco-xiphopage. — M. Porack fait un rapport sur l'observation suivante de M. Chapot-Prevost, de Rio-Janeiro.

Le monstre double, Maria-Rosalina, est né le 21 avril 1893, dans une petite ferme située dans une région très montagneuse qui est à à quatre jours de voyage à cheval de la ville la plus proche : Cachoeiro de Itapemirim (Espirito-Santo, Brésil). Pour aller de cette ville à Rio de Janeiro il faut deux jours en bateau à vapeur.

Avant ces enfants, leur mère avait eu seulement un garçon à terme, très bien conformé et qui doit avoir maintenant neuf ans. Après le monstre, elle a encore eu deux enfants normaux, dont l'aîné, un garçon, est âgé de quatre ans, et l'autre, une petite fille, n'a pas plus d'un an et demi.

Pour l'accouchement, elle n'a été assistée que par une vieille bonne femme morte deux ans après. On sait nous dire seulement qu'il a été tellement facile que la mère croyait n'avoir eu qu'un enfant et qu'une tête est la première partie qui s'est présentée. Par ces données absolument insuffisantes, il est très difficile de se faire une idée exacte de la façon dont l'accouchement a dû se passer.

Après leur naissance ces enfants sont restées pendant cinq ans constamment couchées du même côté (décubitus latéral droit pour Rosalina et gauche pour Maria), parce que leurs parents avaient remarqué qu'elles pleuraient beaucoup toutes les fois qu'on voulait les mettre dans une autre position quelconque, et qu'elles ne se taisaient que quand on les faisait revenir à la position habituelle.

Quand elles avaient un an, elles ont commencé à balbutier les premiers mots, mais elles ont tout de suite révélé une intelligence assez précoce pour leur âge.

Digitized by Google

Ce n'est que très difficilement qu'on a pu les faire asseoir et on nous a appris qu'elles ne pouvaient pas rester longtemps dans cette position sans se plaindre de douleurs dans la région supérieure de leur union.

C'est vers l'âge de cinq ans et demi qu'elles ont commencé à faire les premiers pas, et comme elles avaient les jambes très faibles, elles tombaient très souvent.

Ce qui frappe en examinant ces deux petites filles, c'est la symétrie qu'elles présentaient par rapport à un plan vertical qui les aurait séparées l'une de l'autre, de telle façon que si l'on avait pu isoler complètement l'une d'elles et la placer devant une glace, on eût pu, de cette façon, reproduire assez exactement la forme de l'autre.

Chacun des deux corps, analysé séparément, se présentait pourtant assez asymétrique. Ces asymétries étaient principalement visibles au niveau de la tête et du thorax.

Ainsi, chez Maria, on remarquait un aplatissement de la région occipito-pariétale du côté gauche.

Cette même disposition se trouvait chez Rosalina, mais à droite. Toute la portion latérale de la face était saillante à gauche, et déprimée à droite chez Maria.

On trouve encore une disposition exactement opposée chez Rosalina.

Les arcades dentaires supérieure et inférieure accompagnent sensiblement ces déformations. Les muscles du cou, spécialement le sterno-cléido-mastoïdien, étaient assez atrophiés du côté droit, chez Maria ; mais ils le sont également chez Rosalina, mais du côté gauche. Cette atrophie déterminait chez les deux un torticolis probablement congénital, mais certainement accentué par la position qu'elles ont conservée pendant cinq ans.

Ce torticolis déterminait une déviation de la tête, à gauche chez Maria, et à droite chez Rosalina, comme on peut encore facilement l'observer chez celle-ci.

Le thorax chez les deux enfants était déformé d'une façon assez sensible, surtout dans sa partie antérieure, de telle sorte qu'il avait tout à fait l'aspect d'un thorax oblique ovalaire, très aplati à droite et saillant à gauche chez Maria, et offrant chez Rosalina, une disposition inverse.

Cette déformation des côtes augmentait sensiblement de haut en bas et produisait un changement de direction du sternum qui allait de haut en bas, d'arrière en avant, et de droite à gauche chez Maria, tandis qu'il va de gauche à droite chez Rosalina. L'union commençait à se faire au niveau de la cinquième côte et s'étendait de là jusqu'au niveau de la cicatrice ombilicale. Ce pont avait, très approximativement, les dimensions suivantes, que nous avons vérifiées plusieurs fois ;

Hauteur.....	0m155
Largeur (partie la plus large).	0m0975
Circonférence..... ...	0m41

En haut, l'union était si étroite que, surtout du côté droit de Rosalina, et gauche de Maria, on ne pouvait passer un doigt entre les deux.

Mais, du côté opposé, comme elles pouvaient s'écarter un peu l'une de l'autre, nous pouvions appliquer presque deux doigts ; il fallait pourtant, pour cela, ne pas trop s'approcher de la portion supérieure et médiane de l'union.

Sur les parties latérales de l'arcade cartilagineuse qui limitait le pont en haut, on trouvait deux appendices xiphoïdes, un de chaque côté, c'est à-dire un placé à droite de Maria et à gauche de Rosalina, et l'autre du côté opposé. L'extrémité inférieure du premier se trouvait à 70 millimètres de la partie supérieure de l'union, tandis que celle de l'autre était à 113 millimètres du même point.

Le premier était plus court et avait une base assez large ; il était dévié du côté droit de Maria, de façon à se placer un peu parallèlement au rebord des fausses côtes droites de celle-ci. L'autre, qui se comportait de même par rapport au rebord des fausses côtes du côté droit de Rosalina, était plus long et plus grêle que le premier.

Vers le tiers inférieur du sternum cet os devenait plus large et chacune de ses moitiés s'écartait de l'autre, de façon que le demi-sternum droit de Rosalina s'unissait au demi-sternum gauche de Maria, et *vice versa*.

La différence de 43 millimètres sur la hauteur de l'arcade cartilagineuse d'un côté, montre déjà que l'union était plus intime de ce même côté.

Au niveau de la cicatrice ombilicale, les deux petites filles pouvaient s'écarter l'une de l'autre suffisamment pour permettre l'application de la main à plat sous la jonction.

En embrassant, avec la main, la partie inférieure de l'union et en cherchant à la comprimer entre le pouce et les autres doigts, on sentait que des anses intestinales se déplaçaient facilement d'un côté et d'autre quand on serrait e pont. Celui ci était constitué, par conséquent, de haut en bas, par trois zones : 1° une supérieure, ostéo-cartilagineuse, où on trouva, pendant l'opération, des rapports intéressants ; 2° une moyenne, occupée par un large pont de foie limité de chaque côté par la paroi thoraco-abdominale ; 3° une zone inférieure, limitée, en bas et de chaque côté, par la peau. Ici les deux cavités abdominales communiquaient largement l'une avec l'autre.

Chez Maria on pouvait catégoriquement affirmer que le cœur battait à gauche ; mais chez Rosalina, si on pouvait être à peu près certain qu'il ne battait pas à gauche, on ne pouvait pas non plus assurer qu'il fût placé à droite.

Au point de vue physiologique, M. Chapot-Prévost a fait quelques observations intéressantes.

La marche de ces enfants était assez bien combinée pour qu'elles ne se gênassent pas trop l'une l'autre. Maria allait toujours à rebours et plutôt de droite à gauche, ayant le dos tourné vers le but qu'elles voulaient atteindre, tandis que Rosalina, qui la suivait dans la même direction, marchait à droite et en avant. Si, par hasard, elles devaient revenir sur leurs pas, elles faisaient constamment un demi-tour dans un sens ou dans l'autre, de manière à marcher dans les mêmes conditions qu'avant.

Digitized by Google

Elles étaient obligées de rester toujours face à face et elles ne pouvaient s'asseoir sur un siège qu'en prenant une position forcée qu'elles ne pouvaient pas supporter longtemps.

Quand elles restaient couchées quelque temps dans leur position habituelle, si une d'elles se fatiguait, elle faisait mettre l'autre sur le dos et se couchait sur elle ; elles prenaient ainsi une position en X. Ces derniers temps, on tâchait de les faire coucher du côté opposé à celui auquel elles étaient habituées, mais cette position leur était très pénible.

Elles aimaient bien courir de temps à autre, mais en le faisant, elles agitaient leurs bras, comme cherchant à s'équilibrer.

Leur sommeil était assez tranquille, mais elles avaient souvent des rêves et parlaient tout haut en dormant. Par leurs jambes et leurs bras, mais surtout par leurs coudes, elles se gênaient très souvent l'une l'autre. On remarquait souvent qu'elles avaient sur leurs corps des taches ecchymotiques qui diminuaient, et disparaissaient même, pendant la journée.

Il arrivait très souvent qu'elles se faisaient pendant le sommeil des succions assez violentes, d'où la formation de ces ecchymoses.

Elles se ressemblaient beaucoup, au point qu'on aurait eu de la difficulté à les distinguer.

Elles avaient presque les mêmes goûts, mais toutes leurs grandes fonctions, qui étaient suffisamment indépendantes, quoiqu'elles ne fussent pas toutes exercées d'une façon simultanée, offraient pourtant une espèce de parallélisme. Elles s'entendaient admirablement et on ne pouvait rien donner à l'une sans qu'elle voulût le partager avec sa sœur. Très rarement, cependant, elles se disputaient bien un peu, mais cela ne durait pas longtemps.

Maria avait la mémoire plus fidèle et l'attention plus développée que Rosalina, mais celle-ci comprenait plus facilement tout ce qu'on lui apprenait.

L'articulation des mots était bien plus régulière chez Maria que chez Rosalina. Réellement, celle-ci bégayait souvent, ce qui n'arrivait à l'autre qu'assez rarement.

L'affectivité était très développée chez les deux.

M. Chabot-Prévost a fait sur la *secrétion rénale* quelques observations intéressantes.

Maria qui, en général, buvait à peu près la même quantité d'eau que Rosalina, avait cependant les urines bien plus abondantes que celle-ci.

Il est vrai que la densité des urines de Rosalina était toujours bien plus élevée que celle des urines de sa sœur.

Voulant étudier l'élimination de certains médicaments, on a choisi, pour ces expériences, le salicylate de soude, l'iodure de potassium et le bleu de méthylène.

Les observations avec le premier de ces remèdes sont assez intéressantes, car elles nous montrent l'élimination commençant à se révéler justement dans les urines et celle qui n'en avait pas pris.

Ayant donné une petite dose d'iodure de potassium à Maria (10 gouttes d'une solution de cette substance dans une partie égale d'eau distillée), on a fait garder les urines de vingt-quatre heures de chacune des petites séparément. L'analyse a montré que la quantité d'iodure éliminée était sensiblement égale chez les deux.

M. Chapot-Prévost décide l'intervention qui a eu lieu le 30 mai dernier.

La chloroformisation, commencée par l'une des petites, a tout de suite montré que le sommeil artificiel de l'une (Rosalina) ne déterminait ni l'anesthésie ni le sommeil de l'autre (Maria).

Après que les deux furent bien endormies, ce qui a été très facile, on a fait la première incision qui, partant de la partie supérieure de l'union, décrivait une légère courbe, dont la convexité était tournée du côté de Maria, et, passant par le milieu de l'appendice xiphoïde qui se trouvait adossé au rebord des fosses côtes du côté droit de celle-ci, allait se terminer en bas, au niveau de la cicatrice ombilicale. Cette incision comprenait la peau et les tissus sous-cutanés jusqu'au péritoine.

Ecartant le lambeau ainsi formé vers le côté gauche de Rosalina, M. Chapot-Prévost a ouvert la séreuse péritonéale et est tombé sur le large pont de foie.

Voulant passer la main sous ce pont de foie, il y a trouvé des obstacles : premièrement, le cordon, formé par la réunion des deux veines ombilicales, montait verticalement à partir de la cicatrice et, à deux doigts de distance de celle-ci, il se divisait, envoyant une branche pour chacun des foies.

Secondement, au-dessous de la grande courbure des deux estomacs, les grands épiploons s'adossaient dans une grande étendue de leurs faces antérieures, en y adhérant l'un à l'autre.

Avec des ciseaux, il a divisé au milieu le cordon des deux veines ombilicales, depuis sa bifurcation jusqu'à la cicatrice, qui a été de même divisée en deux.

On coupa l'arcade cartilagineuse, depuis la pointe de l'appendice xiphoïde, qui se trouvait d'un côté, jusqu'à la partie supérieure de l'union ; on a pu alors écarter un peu les enfants l'une de l'autre.

Après cet écartement, on a pu constater qu'il n'y avait de faisceaux sternaux du diaphragme ni d'un côté, ni de l'autre, et que par la partie inférieure du médiastin antérieur la cavité thoracique communiquait avec la cavité thoracique communiquait avec la cavité abdominale chez les deux sujets.

Sur la saillie formée par la moitié non coupée de l'arcade cartilagineuse, on voyait alors une bande fibreuse qui formait un pont unissant les sacs fibreux du péricarde des deux enfants, et, par transparence, on apercevait, dans l'épaisseur de cette bande, une petite quantité de liquide qui passait tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Cette bande

Digitized by Google

avait deux centimètres et demi de longueur (d'un péricarde à l'autre) et deux centimètres de hauteur. Un surjet au catgut, dont le fil était fixé à chaque point, a été appliqué de chaque côté pour fermer en même temps le sac fibreux et la cavité séreuse, qu'on venait d'ouvrir d'un seul coup sur les deux péricardes. On a ainsi obtenu l'adossement des feuillets pariétaux de la séreuse, dont on apercevait la surface lisse et polie des deux côtés.

La substance qui séparait le pont de péricarde de la partie restante de l'arcade cartilagineuse semblait constituée par du tissu conjonctif lâche.

Mais aussitôt qu'on a commencé cette incision au bistouri de haut en bas, il s'est fait un tirage d'air du côté gauche de Maria. Une cavité pleurale était ouverte, et c'était réellement la cavité gauche de cette enfant.

On fit alors une suture au catgut de la plèvre ouverte, après avoir soigneusement enlevé de cette cavité quelques petits caillots de sang qui y étaient retenus.

Le cul-de sac de la plèvre gauche de Maria se prolongeait au delà de l'arcade cartilagineuse, allant s'adosser à la surface de la plèvre pariétale droite de Rosalina.

Il y avait un léger rétrécissement du pont hépatique que l'ou coupa en plein parenchyme suivant un plan vertical qui passait à égale distance des deux vésicules biliaires.

Du côté de Rosalina, l'hémostase provisoire était maintenue par une ligature à la soie

Du côté de Maria. elle était obtenue momentanément en y appliquant un gros tampon de gaze fortement comprimé sur la plaie du viscère. La surface de section de cette glande avait des deux côtés quatre travers de doigt dans le sens transversal et trois et demi dans le vertical. Cela correspond à peu près à 8 centimètres dans un sens et 7 dans l'autre. L'hémostase définitive a été rapidement obtenue par un procédé très simple. La plaie de Rosalina a été fermée par les aides et M. Chapot-Prévost sutura celle de Maria.

L'opération avait duré une heure et quart.

Les suites opératoires ont été toujours plus graves pour Maria que pour Rosalina.

Le sixième jour,quand tous les phénomènes inquiétants qui s'étaient présentés du côté de Maria commençaient à s'amender, le pouls s'est affaibli rapidement, malgré les toniques du cœur qui lui ont été administrés régulièrement, et elle est morte dans la nuit du sixième jour, c'est-à-dire cinq jours et quatorze heures après l'opération.

M. Chapot-Prévost a provoqué l'autopsie médico-légale. On a constaté qu'il y avait chez Maria une pleurésie. Il y avait aussi pneumo-thorax du côté gauche. On a enfin vérifié : 1° qu'il n'y avait pas eu d'hémorragie d'origine hépatique ; 2° qu'il n'y avait pas eu de péritonite ; 3° que le cœur était normalement placé.

Malgré toutes les précautions soigneusement prises, une infection s'est peut-être produite et son développement a été favorisé par l'état d'extrême faiblesse de l'enfant, dont les conditions de résistance devraient être réellement précaires, à la suite de l'énorme traumatisme qu'elle venait de subir.

Heureusement, chez Rosalina, les conditions ont toujours été favorables, et, quinze jours après l'opération, elle était complètement guérie et sa plaie bien cicatrisée, quoique la peau ait subi à ce niveau un certain degré de distension.

La cicatrice a une longueur de 15 centimètres et demi environ. Vers son extrémité supérieure et sous l'arcade cartilagineuse formée en haut et au milieu par la surface de section du tiers inférieur du sternum, et, de chaque côté, par un demi-appendice xiphoïde que l'on peut très bien isoler, il y a une zone où le cœur est placé au niveau de la ligne cicatricielle et directement sous la peau, c'est-à-dire qu'il n'en est pas séparé par le sternum. En appliquant un doigt sur ce point, on sent qu'il est soulevé par le choc du cœur.

M. Infroit l'a radiographiée à la Salpêtrière et on a pu vérifier de cette façon, l'inversion du cœur.— (*23 octobre*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Sur la valeur thérapeutique de l'aspirine. — M. Louis Rénon. L'aspirine, acide acétyl-salicylique, jouit de la propriété de ne céder son acide salicylique qu'en milieu alcalin, dans l'intestin. Employée en Allemagne comme succédané du salicylate de soude, elle possède encore des propriétés anti-thermiques mises en lumière par M. Latron et par moi (1).

Je viens d'étudier la valeur thérapeutique de l'aspirine, en l'utilisant sur 43 malades, (18 rhumatismes articulaires aigus, 5 rhumatismes subaigus, 6 tuberculoses pulmonaires, 4 congestions pleuro-pulmonaires, 3 fièvres typhoïdes, 2 broncho-pneumonies, 2 pneumonies, 1 pleurésie purulente, 1 sciatique aiguë, 1 néphrite aiguë).

J'ai d'abord pu constater la complète innocuité du médicament : sur 43 malades, 2 seulement l'ont mal supporté, car il provoquait de l'inappétence et de la pesanteur gastrique ; mais c'étaient deux cardiaques gravement atteints qui ne toléraient pas le moindre médicament et même difficilement le lait. Aucun des autres malades n'a été incommodé par l'emploi de l'aspirine ; je n'ai pas relevé d'intoxication salicylique, ni de bourdonnements d'oreilles.

Les transpirations profuses ne manquent jamais, et je crois qu'elles jouent un grand rôle dans l'action antithermique du médicament ; elles ne suppriment pas la diurèse, elles l'accompagnent.

Les indications et les contre-indications spéciales de l'aspirine sont faciles à préciser :

Elle remplace avantageusement le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu.

Son action, médiocre dans le rhumatisme subaigu, est nulle dans la sciatique.

(1) Voir : *Journal des Praticiens*, 1900 p. 446.

Digitized by Google

Les affections pulmonaires, congestions pulmonaires et pleuro-pulmonaires, pneumonies, broncho-pneumonies, ne sont pas modifiées par l'aspirine ; cependant, leur résolution s'effectue complètement.

La fièvre hectique des tuberculeux peut être atténuée par l'aspirine ; mais, en raison des transpirations profuses qu'elle provoque, je fais des réserves formelles sur son emploi.

Les doses moyennes ont varié de 0 gr. 50 à 2 grammes par jour.

Sur un facteur possible de gravité de la fièvre typhoïde de l'adulte : le séjour dans les crèches et leur voisinage. — M. Louis Rénon. Du 15 juillet au 1er octobre derniers, j'ai reçu à l'hôpital Necker, dans le service de crèche et de femmes du pavillon Peter, neuf typhiques, et j'en ai perdu quatre, soit 44 pour 100. Ces femmes, entrées avec une fièvre typhoïde légère, voyaient au bout de quatre à six jours leur état s'aggraver subitement ; tombées dans une prostation intense, elles étaient prises de vomissements et refusaient toute nourriture Des cinq malades qui ont guéri, une seule a présenté une forme bénigne pendant toute la durée de l'affection, et les quatre autres ont été gravements atteintes.

Pour expliquer la raison de cette gravité, on ne pouvait invoquer l'état de nourrice de ces malades. Sur ces neuf femmes, trois seulement étaient nourrices et placées à la crèche, et je n'en ai perdu qu'une seule. Les six autres typhiques n'étaient pas nourrices, et ont été placées dans la salle des femmes du pavillon, j'en ai perdu la moitié, trois sur six.

On ne pouvait incriminer ni la thérapeutique, ni le manque de soins, ni la malignité de l'épidémie, puisque, à la même époque, la mortalité était toute différente dans les autres salles de femmes et d'hommes de l'hôpital, soumis au même traitement. D'ailleurs, déjà en 1899, la mortalité typhique du pavillon Peter était considérable : sur quatorze typhiques, on en perdit sept, soit 50 pour 100. En 1900, du 1er janvier au 1er octobre, il entre dix-neuf typhiques au pavillon Peter, et on en perd onze, soit 57 p. 100, tandis que dans les autres services, on perd cinq fois moins de femmes dans le même temps.

C'est le pavillon Peter seul qui est responsable de cette énorme mortalité, et il est logique d'admettre que le voisinage des nourissons y joue un grand rôle. Les entérites sont très fréquentes à la crèche, et, malgré tous les soins pris, on conçoit que les divers agents des diarrhées infantiles y existent en grand nombre ainsi que dans la salle des femmes contiguë. Il est plausible de supposer que les typhiques s'infectent secondairement par les microbes intestinaux infantiles.

Si cette hypothèse était vérifiée par des observations semblables à celle-ci, il y aurait lieu de s'occuper du problème de l'hygiène hospitalière que soulève cette question.

Hémoglobinurie d'origine palustre. — M. Rendu présente un jeune soldat de 23 ans, né de parents tuberculeux, de constitution faible, en proie depuis plus d'un an à des accès de fièvre palustre, contractée à Madagascar. Ce malade était entré dans son service pour des accès de fièvre intermittente très intenses, compliqués d'hypertrophie énorme de la rate. L'un de ces accès fut suivi d'une crise d'hémoglobinurie avec ictère qui le mit dans une situation fort grave. La guérison fut obtenue à l'aide de cinq injections de 0 gr. 20 de bichlorhydrate de quinine, répétées à plusieurs jours d'intervalle. La rate est revenue à ses dimensions physiologiques. — (*19 octobre*).

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'ophtalmologie journalière, par les Drs H. Puech et C. Fromaget, anciens chefs de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux. Un vol chez Baillière, éditeur.

Si les traités d'ophtalmologie à l'usage des spécialistes abondent il n'en est pas de même des manuels pratiques pour les étudiants et les praticiens. C'est cette lacune qu'ont voulu combler MM. Puech et Fromaget : éloignant les affections rares, dont le diagnostic exige la science d'un spécialiste, ils présentent, sous un aspect clinique saisissable, en insistant tout spécialement sur le diagnostic et le traitement, les affections oculaires les plus répandues, qu'ils passent ainsi successivement en revue.

Ce qui différencie ce nouveau précis d'ophtalmologie de tous les traités ou résumés qui ne peuvent être lus avec fruit que par les spécialistes, c'est qu'il peut être consulté par tous les praticiens.

Traitement des fièvres pernicieuses en général et de fièvre hémoglobinurique en particulier, par le Dr Mousseos, préface de M. Laveran. Chez Vigot, éditeur.

L'auteur base son étude sur un très grand nombre de fièvres pernicieuses qu'il a observées ; il a cherché à en déduire des indications thérapeutiques, en particulier pour la fièvre hémoglobinurique. Son petit livre est des plus intéressants, et sera utilement consulté par le praticien.

Conférences pour l'Externat des Hôpitaux de Paris, par Saulieu et Dubois, fascic. V, chez Baillière.

Dans ce fascicule sont contenues des questions importantes relatives aux muscles et aux os du membre inférieur ; on y trouve également l'exposé resumé des fractures de la rotule, du peroné et des fractures de jambe.

Banquet du Dr Sevestre

Les élèves et les amis de M. le Dr Sevestre se réunissent pour lui offrir un banquet à l'occasion de son élection à l'Académie. Ce banquet aura lieu sous la présidence de M. le Pr Potain, le jeudi 15 novembre, à 7 heures et demie, Galerie des Champs-Elysées, 55, rue de Ponthieu.

Prière d'envoyer les adhésions avant le 8 novembre, à M. Girard, interne à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. La *cotisation est fixée à 20 francs.*

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

Indications et technique de l'énucléation de l'œil

Par le Dr Albert Terson

Rien ne montre mieux la supériorité de la technique actuelle de l'opération que son *évolution* historique.

On rapporte souvent à Bartisch (1583) l'ablation du globe tout entier, avec une sorte de faucille. Une très belle observation d'ablation de l'œil et d'une tumeur orbitaire avec une tenaille coupante se trouve, avec figures, dans les Œuvres de Fabrice de Hilden.

Toutefois il est infiniment probable que l'opération avait été faite avant eux sans technique opératoire réglée, soit comme premier temps, soit comme complément des opérations sur les tumeurs orbitaires, et aussi pour enlever, ou en enlevant, les énormes fragments d'armes de guerre ou les projectiles et gros corps étrangers qui avaient pénétré dans l'orbite ou les cavités voisines.

Il s'agissait d'une dissection au bistouri : la conjonctive était incisée à une distance variable, généralement beaucoup trop grande, de la cornée. Les muscles et le nerf optique étaient ensuite divisés à la pince, au bistouri et aux ciseaux. L'œil lui-même était préalablement attiré avec un fil ou un crochet simple ou double. Quelques-uns le ponctionnaient pour le *réduire*, surtout s'il était gros et difforme, et l'extirper soi disant plus facilement. Ce procédé est d'ailleurs assez peu recommandable, car l'œil ressemble à une poche à moitié vide et, en dépit de tout appareil protecteur, il est possible d'en pincer la cupule postérieure et de défoncer la coque en en laissant une partie attachée au nerf optique, ce qui retarde la cicatrisation et laisse en place plus de nerfs ciliaires.

Nous avons souvent fait littéralement toucher du doigt aux élèves l'inconvénient de ce procédé qui en séduit au premier abord quelques uns effrayés du volume d'un œil, même de grosseur normale, qu'ils ne savent par quel bout prendre. En leur faisant crever préalablement le globe ou opérer l'œil *flétri* et ratatiné d'un cadavre un peu ancien, l'énucléation de cet œil si petit et qui paraît d'autant plus simple, plus rapide que l'œil est justement plus petit, aboutit à une boucherie qui se termine fréquemment par la décapitation du tiers postérieur de l'œil. Injectez du liquide dans l'autre œil non moins flétri du cadavre sur lequel cette énucléation pénible et de résultat mauvais vient d'être pratiquée, très instructive *en ses fautes*, si elles ont été attentivement suivies par les autres élèves. Cet œil reprend son volume et sa consistance vitale pour ainsi dire. Tout se passe alors sur un globe tendu, sur lequel toutes vos manœuvres, la section de la conjonctive, des muscles, du nerf, s'opèrent sur un sol *résistant*, au lieu d'être vaincues d'avance ou compromises quand elles se pratiquent sur un ennemi *insaisissable*.

L'énucléation est devenue, suivant un nom qui à notre avis doit lui être imposé, une *désarticulation* aussi *élégante* que totalement réglée en ses détails.

C'est à Bonnet (1841) que nous la devons telle qu'elle est, mais il est juste de dire qu'avant lui un certain pas en avant avait été fait pour améliorer la technique opératoire. Louis, en particulier, en recommandant l'emploi des ciseaux courbes pour le dégagement de l'œil et la section du nerf optique, mérite d'être cité à ce sujet.

On ne pratiquait cependant pas fort souvent l'opération, avant Bonnet. L'ablation du segment antérieur du globe, l'ablation de la cornée, procédés connus dès les temps les plus reculés, étaient employés de la manière la plus *courante*, préférablement à l'énucléation, pour une série de graves affections du globe, même pour les tumeurs cancéreuses du segment antérieur et de la cornée.

Mais, comme tout progrès a son revers, le *procédé brillant de Bonnet et surtout l'invention et l'emploi du chloroforme*, ont d'un coup généralisé l'opération, devenue plus fréquemment possible, et rendue si simple comme technique et suites, que la classique amputation du segment antérieur, qui ne guérissait pas de suite, se trouvait reléguée au second plan. C'est la lutte de l'amputation et de la résection en chirurgie générale. C'est *après* les travaux de Bonnet et l'emploi nouveau du chloroforme, qu'on vit apparaître l'énucléation *partout* et *toujours* ; de nouvelles indications apparurent. On énucléa pour le staphylome, entre autres, alors que de Celse jusqu'à Bonnet on se contentait de le réséquer. Il a fallu de nombreux efforts, analogues à ceux des chirurgiens généraux en faveur des résections, pour rendre aux *résections du globe* leur antique place. Aujourd'hui l'énucléation *redevient*, quelle que soit sa technique si parfaite, et doit redevenir l'opération d'*exception*, de *nécessité*, et, si l'on se garde d'aller trop loin, de ne pas vouloir énucléer des yeux que l'intérêt du malade et de son autre œil commande impérieusement de supprimer totalement, les droits respectifs de la résection et de l'énucléation sont désormais établis, après une longue période de fluctuation.

Technique opératoire. — 1° *Cas simples*. — Prenons d'abord un cas où l'œil a sa forme normale et son volume normal. On a découvert un petit sarcome

Digitized by Google

noir du corps ciliaire et on veut débarrasser aussitôt que possible le malade de cet œil dangereux, mais qui en apparence est souvent fort tranquille et pas toujours encore glaucomateux.

Le blépharostat mis en place, l'aide dirige avec une pince à griffes sans arrêt, avec une spatule (comme le faisaient Velpeau et Nélaton) ou un crochet à strabisme, l'œil dans une position latérale, et l'opérateur, avec une pince à dents de souris et des ciseaux courbes mousses à strabisme, fait sur le pli formé près du limbe une péritomie qu'il conduit exactement autour de la cornée. Il a soin, tout en rasant la conjonctive et le globe, entre l'arbre et l'écorce, d'aller le *plus loin possible*, de façon à décoller loin et que le globe apparaisse comme une fleur dans sa corolle. Sur l'œil ainsi *décoiffé* de sa conjonctive, les muscles sont saisis successivement, en commençant par le droit interne, avec le crochet à strabisme, et coupés au *ras* du globe. Les obliques peuvent être coupés de *même* au lieu de les garder pour la fin de l'opération. Tout cela s'exécute avec la plus grande sûreté et la plus grande *rapidité*. Il ne reste plus qu'à détacher le nerf optique. Pour cela *il faut* que l'œil soit fortement tiré en avant. Ici chaque opérateur a un peu sa manière. Les uns prennent sans façon le globe entre le pouce et l'index : procédé d'exception, faute d'instruments ou de bons aides; le principe général est de mettre le moins possible le doigt dans l'œil; nous ne sommes plus au temps où on le fixait avec le doigt : c'est un procédé primitif, et il ne faut jamais, si l'on peut, se battre à mains nues. D'autres conservent un débris de muscle, surtout du droit externe, pour s'accrocher à cette planche de salut : petit moyen et qui cède à une forte traction; d'autres repassent dans l'œil le fil des anciens.

Enfin ce qui s'est aussi toujours fait, on prie l'aide de presser brusquement sur les paupières, soit avec les doigts, soit avec le blépharostat ou les releveurs de Desmarres : l'œil entre alors en paraphimosis, mais l'opérateur pressé ou mal aidé, pourrait écorner les paupières trop cachées et le remède est alors pire que le mal.

Le mieux est d'*attirer* fortement l'œil en avant, tout en faisant rétracter prudemment et *un peu loin du globe* (de façon à les avoir bien en vue) les paupières en arrière de l'œil. Le meilleur moyen pour l'attirer en avant est de le saisir *en dehors* et *au delà* des insertions du droit externe avec une pince érigne à petits crochets : ces crochets sont très résistants et TRÈS PETITS (ne pas confondre avec la pince à dents de souris, tout à fait insuffisante ici) : ils entrent dans la *sclérotique*, mais ne *perforent pas l'œil*, qui conserve tout son contenu; ils se bornent à accrocher solidement la sclérotique.

Les GROS ciseaux mousses et dont l'épaisseur en biseau des branches repousse le globe en avant tout en le protégeant du tranchant, sont introduits par dehors assez loin, et facilement, si le premier temps (décoiffement conjonctival) et le second temps (section de tous les muscles) ont été largement et correctement exécutés; ils s'ouvent à temps, saisissent le nerf, le coupent ainsi que les tractus ténoniens restants, et l'œil reste au bout de la pince érigne.

On referme les paupières et on attend 2 ou 3 minutes en comprimant fortement avec un tampon *à travers les paupières*. La plaie saigne encore et on irrigue très abondamment avec la solution antiseptique habituelle à l'opérateur, mais que nous recommandons *très chaude* et un peu alcoolisée. Son pouvoir hémostatique et antiseptique est alors accru.

Il ne reste plus qu'à suturer. Il ne faut jamais, comme on le voit malheureusement quelquefois encore et comme il faudrait d'ailleurs le faire, s'il y avait une très violente inflammation concomitante de l'œil et de l'orbite (panophtalmie, etc.), laisser, dans les cas ordinaires, la plaie béante sans sutures. Une sécrétion abondante s'établit pendant plusieurs semaines; des bourgeons poussent, nécessitent des excisions complémentaires; la cicatrice est plus déprimée; il y a, sans parler de la façon répugnante de laisser une opération à moitié faite, une foule d'inconvénients, pas un avantage. Que dirait-on d'un chirurgien qui, à l'époque antiseptique où nous sommes, laisserait toujours son moignon d'amputation de cuisse, sans sutures, au hasard? Il faut refermer ce qu'on a ouvert, après avoir pris ce qu'il fallait y prendre. La conjonctive n'est pas, comme la cornée, un terrain d'une forme géométrique et un tissu spécial qu'*on doit* généralement laisser sans sutures. Les uns emploient la suture en bourse de Wecker, d'autres des sutures entrecoupées, à points séparés. Nous avons employé plusieurs fois des fils en croix.

Si on a été propre dans l'opération, s'il n'y a pas d'infection *orbitaire* ou d'hémorragie très abondante, on se passera de drainage. La suture à points séparés (on laisse en dehors une petite fente pour l'écoulement des liquides), est simple. La suture en bourse, très élégante, ne paraît pas prédisposer à l'infection, comme on pourrait le croire *a priori*. En réalité, comme résultat et comme moignon prothétique, il n'y a peut-être pas grande différence entre les résultats des diverses sutures, mais il vaut mieux une suture que rien. Doit-on faire des sutures compliquées, suturer entre eux les muscles droits, par un échafaudage fragile de sutures variées, et qu'on pourra, si l'on veut compliquer indéfiniment? nous croyons que tout cela manque de base solide. Quant au blindage de la capsule de Tenon, veuve du globe

Digitized by Google

qui vient d'être enlevé, par une boule de diverse nature, nous l'examinerons avec la prothèse.

Les sutures seront faites au catgut ou à la soie. Le catgut se résorbe souvent trop vite, coapte plus ou moins bien et laisse flotter au premier pansement sur la plaie une série de filaments d'aspect puriforme assez repoussant. La soie fine, bien reconnaissable (noire), nous paraît préférable, en prenant la conjonctive assez loin du bord de l'incision. Si on enlève les fils le 6e ou 7e jour (un peu tard, exprès), la réunion par *première intention* est faite et bien faite.

Revenons encore sur les temps de l'opération, car on s'est plu à la compliquer et à lui faire perdre son caractère merveilleux de facilité et de correction.

Velpeau et Arlt coupaient les muscles avec les ciseaux après les avoir saisis avec la pince, retour à l'ancien procédé. Ce procédé est plus compliqué. Son avantage est moindre, car le crochet à strabisme bien manié *rase* parfaitement le globe et charge d'*un seul coup* le muscle à son insertion. Il n'y a aucune manœuvre plus simple ni plus rapide.

Stœber et Cunier ont proposé les premiers de détacher d'abord le droit interne et d'aller de suite couper le nerf optique, procédé d'autant plus mauvais qu'il compromet de suite et d'emblée la rectitude de l'opération et le succès final. On fouille avec les ciseaux, on trouve ou on ne trouve pas vite le nerf optique et on a une abondante hémorragie qui met l'œil en exophtalmie. Voilà le seul résultat clair de cette section *anticipée* : cela vaut la kystitomie *anticipée* dans l'opération de la cataracte, et, en stratégie opératoire, cela vaut toutes les *anticipations*. On s'en abstiendra.

Tillaux a proposé ensuite de faire la même chose avec le droit externe : mêmes inconvénients, quoique moins grands. L'œil est plus accessible par le côté externe et l'hémorragie est beaucoup moins prononcée. Mais là encore rien que des inconvénients, et aucun avantage vrai à cette section anticipée.

De tout temps, une discussion s'est élevée pour savoir s'il valait mieux introduire les ciseaux pour couper le nerf du côté du nez ou du côté de la tempe. Nul doute que le nerf optique ne soit, *anatomiquement* près du nez, mais *chirurgicalement* il est beaucoup plus accessible du côté externe, vu que le rebord externe de l'orbite, si reculé, ouvre la porte aux ciseaux qui peuvent alors être à peine obliqués, qui ont un point d'appui en levier, tandis que la saillie du nez les oblige à rester presque parallèles à la paroi interne de l'orbite, sauf à employer des ciseaux extrêment courbes et difficiles à manier comme tout instrument *très courbe*. Des ciseaux pas très courbes seront donc introduits toujours en *dehors*, et, si avec la pince érigne, on fait basculer le globe en dedans, après avoir saisi l'œil en dehors et en arrière, on coupe de suite le nerf optique qui vient s'offrir.

Doit-on faire basculer le globe en avant avec l'ancienne spatule, qui a engendré des spatules et des cuillères *bifides* (Weltz, Trélat), se mettant à cheval sur le nerf optique et *cuirassant* le globe ? Ces instruments chaussent souvent mal le nerf optique, plus ou moins dégage, et s'embrouillent dans des plis ténoniens. Ils sont souvent inutiles si le décollement est bien fait, et impratiques s'il est mal fait.

Nous ferons une exception pour la griffe cuiller (Terson père). Si le *dégagement* est bien fait, elle enfourche facilement le nerf optique; elle enferre l'œil, par un léger mouvement de retrait, et pénètre, sans la *perforer*, dans la sclérotique ; elle permet, après la section optique dont elle a protégé tous les temps, de retirer l'œil solidement harponné, qu'on tire où on veut, qu'on bascule comme on veut, dont on fait en un mot ce qu'on veut. Elle est *utile* dans les cas d'yeux *difficiles*, sans être toujours indispensable, si on se sert d'une forte attraction en avant avec la pince érigne.

2° *Cas spéciaux*. — Nous avons envisagé jusqu'ici l'ablation d'un œil de forme normale. Ce sont les cas faciles. Il y a des cas difficiles; ce sont ceux où l'œil est *difforme* et *trop gros* ou *trop petit*.

Si l'œil est *très difforme* (staphylomes scléroticaux, hernies sarcomateuses), on modifiera suivant le besoin la section de la conjonctive, tout en suivant le procédé général.

Si l'œil est *très gros* (œil géant, buphtalme), doit-on le *réduire* ? D'abord dans un certain nombre de cas, sans aucune opération complémentaire, l'opération par le procédé *habituel* sera possible, *quoique pénible*. On peinera, mais *on arrivera tout de même* en tirant en avant et même en basculant avec la griffe. Si vraiment on n'arrive pas, faut-il vider une partie de l'œil pour avoir plus de facilité ? Nous croyons qu'il faut recourir le moins possible à cet expédient si ancien. La poche *flasque* et souvent amincie par la maladie (staphylomes, tumeurs, buphtalmie) est ensuite difficile à bien et complètement énucléer par le procédé ordinaire. On en est réduit à la disséquer à la pince et aux ciseaux.

Doit on systématiquement inciser la commissure externe ? Cela facilite beaucoup l'opération, et une suture à la soie unira la lésion par première intention. Mais cela donne, dès le début de l'énucléation, une hémorrhagie assez forte que la pince hémostatique arrête, mais qui, en définitive, est une complication de plus. On recourra donc à ces divers moyens, quand il sera bien reconnu qu'on ne peut pas faire autrement, ce qui est extrêmement rare

Digitized by Google

Enfin on terminera quelquefois l'*énucléation* par la résection assez éloignée du nerf (autant que possible avant de séparer le globe, la recherche du nerf étant malaisée ensuite et exposant à retirer plus de graisse orbitaire que de nerf), le curage partiel ou total de l'orbite, suivant les cas (ophtalmie sympathique, tumeurs plus ou moins avancées, ayant perforé le globe, etc.)

Suites. — Les accidents *opératoires* sont rares. Le principal qui sera évité en général par une technique *motivée, précise* et *sûre*, est l'ouverture et la décapitation du globe, qu'on évitera, car elle complique d'une part l'opération. et d'autre part ses suites, le fragment laissé faisant corps étranger pendant quelque temps.

Les hémophiles peuvent avoir une violente hémorrhagie consécutive ; les irrigations chaudes, la gélatine seront employées.

Quelquefois l'opération se fait presque à *blanc*. Très rarement on voit une forte hémorrhagie au cours de l'opération et l'hémorrhagie est tout à fait variable avec le sujet et la maladie ; des anomalies vasculaires sont possibles. Enfin on aurait une hémorrhagie terminale, quelquefois avec une énorme infiltration sanguine des tissus, si on promène inopportunément les ciseaux loin du globe et par conséquent près des gros vaisseaux de l'orbite. Ce sont des échappées à ne pas faire et des sorties intempestives. L'accident n'a guère de gravité par lui-même, mais il empêche la suture et rend les suites plus longues.

Le malade accuse presque toujours après l'opération une *douleur occipitale* vive et prolongée pendant quelques heures.

On peut faire sans aucune mort plusieurs *centaines* d'énucléations si on est prudent et logique dans les indications opératoires.

Il y a quelquefois des *ecchymoses* palpébrales, même du côté opposé, mais cela n'a pas d'importance.

La *méningite* peut suivre l'opération ; on en a signalé une cinquantaine de cas : il y en a probablement beaucoup qu'on n'a pas signalés. Il s'agit bien moins de fautes de technique ou même d'antisepsie que de *fautes dans l'indication opératoire*. Avant la période antiseptique, l'énucléation, véritable opération cérébrale (puisque l'œil et le nerf optique ne sont qu'un prolongement cérébral, qu'un cerveau oculaire), ne donnait guère plus de morts qu'à présent. Cependant la saleté des instruments, des aides, des doigts, des sutures (le fil *bien ciré*), a pu jouer un rôle pour donner la *méningite* et même le *tétanos* signalé aussi. Mais, bien qu'on puisse très exceptionnellement mourir d'une exentération oculaire ou d'une panophtalmie non opérée, on meurt plus souvent d'une *panophtalmie traitée par l'énucléation* que par les autres opérations, surtout le simple curage de l'œil.

Les suites tardives, l'envers de l'énucléation, ne sont pas toujours aussi bons que les suites immédiates. La conjonctive ne tolère pas toujours très bien un œil artificiel, même de bonne qualité, bien fait, chose rare, et changé tous les 8 à 10 mois *au plus tard* (nous avons vu un œil artificiel porté 14 ans : c'est l'histoire des vieux pessaires incrustés, oubliés ou conservés par une économie mal comprise : le malade auquel nous faisons allusion, pouvait facilement changer, de temps à autre, son œil artificiel). Des bourgeons charnus, des rétrécissements cicatriciels, des catarrhes, des éversions palpébrales, le cancroïde même (Panas), se voient. Quelquefois l'œil est expulsé : on laisse alors le malade sans prothèse, si les procédés applicables à l'ectropion (procédés en vanne, tarsorrhaphies interne et externe, etc.) et au symblépharon (greffes, canthoplasties avec interposition de lambeau cutané, etc.) n'aboutissent pas.

Ces accidents sont plus fréquents à la suite de l'emploi des coques qui *coupent*, qui usent la muqueuse, plus fréquents aussi si la suture post-opératoire a été mal faite et la prothèse mal entretenue : ils diminueront, naturellement d'une part avec le nombre des énucléations et le nombre croissant des résections où la coque *coiffe* un moignon et blesse moins le cul-de-sac, et peut-être avec de nouveaux progrès dans l'exécution de la pièce artificielle.

Prothèse. — L'inconvénient *esthétique* de l'énucléation et de la prothèse est certain, en plus de ses nombreux autres inconvénients sociaux, pécuniaires et organiques. L'œil artificiel est plus *enfoncé* que l'autre et il y a un creux orbitaire auquel on n'a remédié qu'assez imparfaitement jusqu'ici par des modifications de la prothèse, qu'au prix d'inconvénients à peu près aussi grands que l'avantage qui en résulte. Sur les sujets où l'œil sain est fort saillant, ce résultat est impossible à cacher. Sur les sujets qui ont les yeux *enfoncés* naturellement et à paupières maigres et plissées, la prothèse est au contraire bien meilleure.

La mobilité varie, quoique faible, bien plus faible que celle où le moignon reste, mobilité mesurée par Truc au périmètre.

Quant à la prothèse chez les miséreux et chez les ouvriers (yeux toujours salis de plâtre, de corps étrangers, etc.), elle est désastreuse, comme soins et entretien.

Enfin, chez les enfants, elle est particulièrement déplorable au point de vue esthétique, au point de vue du développement de l'orbite et, comme entretien et mise en place, elle est une somme permanente d'ennuis, de craintes et de dangers.

Aussi devra-t-on encore plus hésiter, avant de pra-

Digitized by Google

tiquer les énucléations chez des sujets trop jeunes ou dans des conditions qui seront un ennui perpétuel pour le malade. C'est du reste la question des amputations en général, chez les ouvriers.

Des opérations ont été proposées pour donner, *après énucléation* totale, un moignon solide aux opérés. La greffe d'un œil de lapin faite par Chibret (1885) n'a pas eu de succès. Lang (1887), avec des globes en verre ou métal, Belt avec une éponge aseptisée, Bourgeois, avec des pelotes de soie. Lagrange des fragments osseux, ont fait des tentatives plus ou moins réussies, mais dont l'avenir reste incertain, même pour la conservation du corps étranger qui se résorbe souvent peu à peu (éponge). Le corps étranger prothétique est introduit après l'énucléation à la place du globe et on suture au-devant d'elle la conjonctive, la capsule et les muscles qu'on a préalablement enfilés, avant de couper leur insertion. Il n'y a pas encore lieu de conseiller définitivement d'adjoindre cette prothèse intra-ténonienne à l'énucléation.

D'autre part de nouveaux yeux artificiels (Snellen) ne nous ont pas encore donné, chez plusieurs malades, de résultats supérieurs aux anciennes pièces; de plus le poids a paru plus gênant.

On fera la prothèse *provisoire* (c'est-à-dire par une pièce temporaire, destinée à préparer la cavité définitive et à habituer le malade à sa nouvelle situation) le plus tôt que l'on pourra, dès que la réunion sera assez solide pour ne pas céder aux manœuvres d'introduction de la pièce artificielle et ne risquer aucune infection nouvelle.

L'intéressant livre de Pansier (1) sur l'œil artificiel est tout à fait recommandable en le complétant par quelques détails et par ce qui s'est fait depuis son apparition. Bien que la fabrication, *si intéressante à voir*, et même l'application de la prothèse oculaire, soient, comme celle des lunettes, une spécialité dans la spécialité, il est extrêmement important pour l'ophtalmologiste d'être très au fait de tout ce qui touche à l'œil artificiel et d'être secondé par des ocularistes habiles et non routiniers. On ne peut se douter des abus commis et du mal que font au malade les pièces artificielles achetées au hasard et sans l'intervention simultanée de l'oculiste et de l'ocularistе.

Indications opératoires. — Les indications de l'énucléation sont absolues ou relatives.

Parmi les indications *absolues*, et qui doivent être absolues pour tout le monde, il y en a une formelle, c'est d'*énucléer* toutes les fois que l'œil contient une *tumeur maligne*, mais après s'être entouré de tous les moyens possibles de diagnostic.

Ainsi donc l'œil contenant une tumeur soigneusement étudiée et considérée comme telle doit être *énucléé*.

Nous continuons à considérer comme absolue l'indication (Pritchard) d'enlever l'œil *sympathisant*, même *en pleine ophtalmie sympathique*, lorsqu'il a perdu toute vision. Nous avons eu deux malades où le traitement mercuriel intensif et tous les autres soins n'amenaient aucun soulagement à une iritis sympathique déclarée, et où la détente s'est faite dès l'énucléation et a dans les deux cas abouti à la conservation d'yeux excellents pour la vision. On peut citer de nombreux insuccès en revanche et des cas où l'énucléation n'a pas empêché l'ophtalmie sympathique de continuer ou d'apparaître : mais l'énucléation du moignon sympathisant donnera même alors peu de remords à l'opérateur et au malade, et si l'opération peut être insuffisante comme tout le monde en a vu des cas, les cas où elle s'est développée après l'énucléation ont semblé plus souvent bénins.

Les *autres indications* de l'énucléation sont *relatives* : elles dépendent, *pour le même mal*, du *siège*, de *l'étendue*, de *l'intensité* et du *danger général, vital* ou *sympathisant*, de la lésion, dans *chaque cas particulier*.

On peut *donc avoir à énucléer* avant ou après d'autres opérations pour des corps étrangers intra-oculaires, le glaucome absolu, des tumeurs récidivantes et perforantes de la cornée et de la conjonctive, des moignons largement ossifiés, des décollements douloureux, des infections *progressives* de l'œil, des traumatismes avec évacuation totale et irrégularité extrême de certains moignons, des moignons très douloureux, enserrés, encastrés dans un symblépharon incurable, des désorganisations de toute sorte, d'origine *oculaire* ou même *orbitaire*.

Mais dans tous ces cas-là on n'énucléera *presque jamais*. Un grand nombre d'opérations conservatrices sont applicables d'*abord, suffiront* presque toujours, et conserveront, même si on a été obligé quelquefois à un curage ou à une résection partielle, un œil passable, quelquefois pour la vision, souvent pour l'esthétique et la prothèse. Aussi doit-on se garder de conclusions trop absolues en pareil cas. L'énucléation, quels qu'en soient les inconvénients et même les dangers, si atténués qu'ils puissent être, est quelquefois le plus grand des bienfaits ; appliquée où avec une autre thérapeutique médicamenteuse ou chirurgicale conservatrice, on aurait pu *faire autrement*, c'est faire au malade un dommage irréparable et de tous les instants : cela équivaut à une amputation de cuisse, là où une résection ou un curage aurait suffi à conserver le membre. Aussi nous sommes de ceux

(1) Pansier. Traité de l'œil artificiel. *Paris*; *1896*.

Digitized by Google

qui croient fermement que ces indications ne se résolvent pas complètement en préceptes et en discussions et que c'est sur le terrain pratique que le chirurgien devra savoir faire plier ses préférences, au lieu de se ranger dans le camp des énucléateurs et des anti-énucléateurs à outrance. Mais, comme il faut avoir une ligne générale de conduite et une base d'opérations, on doit reconnaître qu'à l'heure actuelle on ne doit énucléer que dans des cas *absolument exceptionnels*.

Le vigoureux appel de Wecker a eu une influence décisive; il restera vrai, s'appliquant seulement à « l'*abus* de l'énucléation » et non à l'opération elle-même et à ses bienfaits dans certains cas.

L'opérateur se gardera donc de se lier les mains par une formule qui l'hypnotisera bientôt lui-même, et le conduira à des sacrifices ou à des concessions, aboutissant à un massacre trop réel d'innocents ou à la conservation non moins réelle de coupables ; la recherche de l'intérêt du malade dans chaque cas particulier s'impose à lui comme seule conduite à tenir (1).

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement des colites aiguës muqueuses et dysentériformes par le sulfate de soude.

Par M. Aviragnet, *Médecin des Hôpitaux*

Les *colites aiguës* constituent un type clinique qu'il convient de séparer des *gastro-entérites* ; elles offrent, en effet, une symptomatologie qui se différencie nettement de celle des gastro-entérites.

Les colites aiguës sont ou *primitives* ou *secondaires* : dans ce dernier cas, elles succèdent à une gastro-entérite aiguë ou se montrent au cours d'une maladie infectieuse, d'une fièvre typhoïde par exemple.

La pathogénie des colites est la même que celle des gastro-entérites, c'est-à dire qu'elles sont sous la dépendance d'agents infectieux, ceux-ci provenant soit de l'extérieur (infection ectogène). soit du tube digestif lui-même (infection endogène, facilitée par un mauvais état général ou une altération du tube digestif : dyspepsie chronique, indigestion par des fruits verts, etc.).

Dans la symptomatologie des colites, il convient de considérer des phénomènes généraux (fièvre plus ou moins vive suivant les cas; troubles nerveux divers; éruptions variées, etc.) et des phénomènes locaux (douleurs spontanées ou provoquées le long du gros intestin, avec maximum au niveau du côlon iliaque ; ténesme rectal ; selles fréquentes, pénibles, muqueuses, glaireuses, sanglantes). Suivant le caractère des selles, il est possible de diviser les colites aiguës en deux variétés :

1° Les colites muqueuses, glaireuses ou muco-glaireuses ;

2° Les colites dysentériformes.

Il existe des formes légères, des formes de moyenne intensité et des formes graves avec fièvre vive ou, au contraire, avec tendance à l'algidité.

Nous ne voulons pas entrer dans le détail de la symptomatologie ; nous ferons remarquer seulement que les symptômes de la variété dysenteriforme de la colite sont les mêmes que ceux de la dysentérie vraie : mêmes phénomènes généraux, mêmes phénomènes locaux : douleurs du gros intestin, ténesme rectal, selles muqueuses et sanglantes rappelant le frai de grenouille ou la râclure de boyaux.

La dysentérie produit au niveau du côlon des altérations peut-être plus intenses, plus nécrotiques et de ce fait plus durables que celles de la colite vulgaire, mais ce sont des lésions du même ordre. Il est vraisemblable cependant, on peut même dire il est certain, que si l'effet est le même dans les deux cas, la cause n'est pas la même : la colite dysentériforme diffère au point de vue de la pathogénie, de la dysentérie vraie.

La similitude des symptômes nous permet de comprendre pourquoi les méthodes de traitement employées avec succès dans la dysentérie, réussissent dans les colites dysentériformes ; le traitement de la dysentérie n'a rien de spécifique; en effet, il est dirigé contre l'inflammation du gros intestin, contre la colite, en un mot contre l'effet et non contre la cause (inconnue jusqu'ici) de la dysentérie.

C'est le traitement de la dysentérie que nous avons appliqué dans les différentes variétés de colites aiguës que nous avons eu à traiter : colites dysentériformes ou simplement muqueuses. Nous en avons retiré le plus grand bénéfice.

Voici comment nous le comprenons :

1° Repos au lit ; diète à l'eau et au lait ;

2° Calmer les douleurs abdominales par des applications de cataplasmes ou de compresses humides et chaudes ;

3° S'abstenir de pratiquer les grands lavages de l'intestin qui, en produisant la distension de l'organe malade, provoquent des douleurs vives, parfois intolérables, et risquent d'augmenter le processus inflammatoire ;

4° Diminuer la fréquence parfois excessive des selles et le ténesme rectal. Les petits lavements laudanisés répondent à cette indication et doivent être préférés aux suppositoires calmants;

(1) Extrait de la *Chirurgie oculaire*, à paraître chez J.-B. Baillière. 1900.

Digitized by Google

5° Combattre l'inflammation de la muqueuse du gros intestin. Plusieurs procédés ont été conseillés:

A. — *Introduction dans le gros intestin de substances modificatrices*, sous forme de lavements à base d'ipéca, de biborax, d'hyposulfite de soude, etc. ou de suppositoires à base d'iodoforme, de résorcine, d'extrait d'hamamelis.

Ces moyens doivent être rejetés dans les formes aiguës : 1° parce que ces lavements et suppositoires, efficaces peut-être dans les cas bénins, sont manifestement insuffisants dans les cas graves ; 2° parce qu'il y a le plus grand intérêt, d'ailleurs, à ne pas mobiliser le gros intestin enflammé et très douloureux.

B. — *Administration de l'ipéca par la bouche, soit à la dose massive, soit à doses fractionnées.*

Avec l'ipéca, on obtient de bons résultats dans la dysentérie quand on l'administre dès les premiers jours et à condition d'en donner de fortes doses.

Les enfants, surtout les plus jeunes, supportent mal l'ipéca à dose élevée et nous ne croyons pas que ce soit un remède à conseiller dans les colites aiguës. On ne doit le prescrire que lorsqu'il y a un état saburral très prononcé des premières voies digestives; c'est-à-dire contre l'embarras gastrique qui accompagne la colite plutôt que contre la colite elle-même.

C. — *Purgatifs*. Ce sont les véritables agents curatifs de la dysentérie ; ce sont également ceux qui donnent les meilleurs résultats dans les colites aiguës muqueuses ou dysentériformes. Ces médicaments modifient avantageusement les sécrétions de l'intestin et diminuent l'inflammation de la muqueuse.

Le *calomel*, qui est le médicament par excellence des infections gastro-intestinales, est utile dans les colites légères, mais ne rend peut-être pas les mêmes services que dans les colites graves. Certes, quand on l'administre, les selles se modifient avantageusement, mais cette action est passagère, et l'on peut, à juste titre, craindre en renouvelant chaque jour la dose qui doit être assez forte pour être active, d'amener de l'irritation de la muqueuse intestinale.

Nous préférons avoir recours aux sulfates de soude ou de magnésie. *C'est le sulfate de soude que nous avons employé et les résultats obtenus ont été absolument remarquables.* Le sulfate de soude agit d'une façon merveilleuse et constante sur les sécrétions du gros intestin ; à dose forte, il les exagère, comme tous les purgatifs ; mais à dose faible, il les diminue et fait disparaître l'hypersécrétion glaireuse et sanguinolente. (Les propriétés hémostatiques du sulfate de soude ont été bien mises en évidence par les expériences de Reverdin, de Genève).

Les doses que nous conseillons sont les suivantes : 10 à 15 grammes le premier jour (dose légèrement purgative, utile quand l'état saburral des voies digestives est très prononcé) ; petites doses les jours suivants : 5 grammes, par exemple, chez un enfant de 12 à 14 ans : 2 grammes chez un enfant de 2 ans. Ces doses n'ont rien d'absolument fixe. La médication doit être continuée plus ou moins longtemps, pendant huit jours en moyenne.

Le sulfate de soude s'administre dissous dans un verre d'eau sucrée ; la dose est prise dans le courant de la matinée en trois ou quatre fois.

Sous l'influence de ce médicament, on constate la disparition rapide du ténesme rectal ; la diminution de la fréquence des selles, sauf le premier jour si on a donné une dose forte ; la disparition rapide du sang; la diminution graduelle des glaires et bientôt l'apparition de selles bilieuses diarrhéiques ; enfin des selles moulées et de la constipation dans certains cas.

En même temps, les douleurs spontanées ou provoquées observées au niveau du gros intestin disparaissent et l'état général s'améliore rapidement.

Dans certains cas, il convient de compléter le traitement par l'administration de bains. Le bain frais a son indication dans quelques formes hyperthermiques ; le bain tiède est donné avec avantage chez la plupart des malades; le bain chaud est indispensable dans les cas où les symptômes cholériformes apparaissent. Enfin, on se trouvera bien des injections de sérum artificiel chez les malades déprimés.

Nous avons appliqué ce traitement avec un succès constant chez des enfants d'âge différent, observés à l'hôpital des Enfants Malades, dans le service de M. le Dr Moizard que nous avions l'honneur de remplacer pendant les vacances et chez plusieurs malades de notre clientèle. Nous rapporterons seulement ici l'observation du dernier malade que nous avons traité : elle est des plus caractéristiques. Il s'agissait d'un enfant de 18 mois, atteint d'une gastro-entérite des plus graves, compliquée au bout de quatre jours de colite aiguë dysentériforme.

L'enfant était malade depuis vingt-cinq jours quand nous le vîmes pour la première fois ; la colite avait résisté à tous les traitements conseillés par le très distingué médecin qui soignait le petit malade. Les selles étaient fréquentes, très douloureuses, glaireuses et sanglantes, les selles typiques de la colite dysentériforme, en un mot. L'enfant prit le premier jour 5 grammes de sulfate de soude et 2 gr. 50 les jours suivants. Du jour au lendemain, pour ainsi dire, il s'opéra un changement radical dans l'état du petit malade : le ténesme, qui était véritablement pénible, disparut, le sang apparut encore dans les glaires pendant un jour et ne se montra plus dans la suite ;

Digitized by Google

les selles qui etaient très fréquentes diminuèrent très rapidement; le troisième jour l'enfant était constipé et l'on dut recourir à de petits lavements d'huile d'olive. L'amélioration persista les jours suivants et la guérison s'est maintenue depuis.

Le sulfate de soude, donné à dose faible, constitue donc un médicament de tout premier ordre dans les colites aiguës muqueuses ou dysentériformes. C'est un mode de traitement qui n'est pas nouveau, mais il n'est généralement pas mis en usage. Nous pensons avoir rendu service en attirant l'attention sur lui.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Traitement de la morphinomanie. — Interner le malade; diminuer graduellement la dose de morphine; le médecin fera lui-même les injections en ayant soin de ne pas donner la morphine pure, la combiner avec le sulfate d'atropine.

Chlorhydrate de morphine ...	0 gr. 25
Sulfate neutre d'atropine	0 — 01
Eau distillée.....	10 grammes

F. s. a. 1/2 seringue de Pravaz, 2 fois par jour.

Interner le malade dans une maison de santé spéciale.

(Jennings.)

Prescrire les toniques du cœur:

Sulfate de spartéine.....	0 gr. 30
Sirop de tolu..	30 grammes
Eau distillée de tilleul.....	70 —

F. s. a. 2 à 3 cuillerées à bouche par jour (1 cuillerée contient 0 gr. 05 de spartéine).

Si nervosisme, insomnie:

Bromure de sodium.....	1 gr. 50 par jour

(Chéron.)

Remplacer les injections de morphine par:

Bromhydrate de quinine.....	1 gramme
Alcool à 90°.....	2 gr. 50
Eau distillée.....	7 — 50

F. s. a. — Massage, électricité, hydrothérapie. Surveillance, alimentation tonique, champagne frappé, vin de coca, quinquina.

(Extr. des *Nouv. Rem.*)

Le dermatol dans la gonorrhée. — Le dermatol est le gallate basique de bismuth, il se présente sous la forme d'une poudre jaune insipide et inodore, insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, c'est un antiseptique qu'on a proposé comme succédané de l'iodoforme. Bokoutschaleff a utilisé le dermatol dans 10 cas de gonorrhée aiguë et dans 11 de la même maladie à l'état chronique. Dans les cas aigus, quand tout l'urèthre est malade, il pratique d'abord un lavage à l'eau boriquée ou au permanganate de potasse à 2%. Puis il injecte l'émulsion suivante:

Dermatol.....	2 grammes
Gomme arabique pulvérisée...	2 —
Eau distillée	25 —

Les instillations doivent être répétées toutes les deux heures.

On recommande au patient de les retenir pendant 5 minutes dans l'urèthre et de laisser ensuite échapper le liquide goutte à goutte. Si c'est la portion antérieure de l'urèthre qui est malade, le traitement doit être commencé par une instillation dans cette portion. Dans les cas chroniques, quand l'urèthre a été bien lavé, on introduit une bougie composée comme suit:

Dermatol	0 gr. 60
Lanoline.....	10 grammes
Cire blanche.....	Q. S.

L'auteur fait pratiquer quelques massages pendant que la bougie est introduite; ces manipulations ne doivent pas durer plus de vingt minutes. L'auteur affirme avoir obtenu ainsi de brillants succès.

Pilules hémostatiques:

Extrait d'hydrastis canadensis.	0 gr. 02
— d'hamamelis virginica.	0 — 02
Ergotine.....	0 — 10
Tanin.....	Q. S.

Pour une pilule.— En prendre une toutes les quatre heures.

Electuaire laxatif:

Poudre de follicules de sené lavée à l'alcool.	25 grammes
Poudre de coriandre.....	2 gr. 50
Pulpe de tamarin.....	50 grammes
Sirop de sucre	50 —

Une cuillerée à café le soir en se couchant.

N. B. — On pourra augmenter la dose de sirop de sucre si l'on désire une masse plus molle.

Elixir polybromuré:

Bromure de potassium	8 grammes
— de sodium.....	8 —
— d'ammonium.....	8 —
Alcool à 90°.	24 —
Teinture de gentiane.....	2 —
Sirop d'écorces d'oranges amères	120 —
Eau Q. S. pour.....	200 cc.

F. s. a. Une cuillerée à bouche représente sensiblement 2 gr. du mélange des 3 bromures.

Vin créosoté phosphaté:

Créosote de hêtre.....	10 grammes
Alcool à 90°.....	100 —
Phosphate monocalcique.. ...	10 —
Vin de malaga Q. S. pour....	1 litre

Une cuillerée à bouche = 0 gr. 20 de créosote et 0 gr. 20 de phosphate de chaux.

Cachets contre la migraine:

Antipyrine.....	0 gr. 50
Phénacétine.....	0 — 25
Caféine.....	0 — 05
Acide citrique.....	0 — 01

Un ou 2 cachets.

Poudre pour les plaies eczémateuses ou variqueuses.

Dermatol (sous-gallate de bismuth).	10 grammes
Oxyde de zinc.....	20 —
Talc.....	30 —

Pommade contre les brûlures:

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gramme
Aristol (dithymol bi-iodé).....	4 —
Huile d'olives..	20 —
Lanoline.....	75 —

A. G.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

RHINOLOGIE

De l'irrigation nasale (1)

Si l'examen du nez ou du pharynx permet de constater l'existence d'une affection justiciable de l'irrigation nasale, il n'y a lieu de la prescrire que si on reconnaît qu'il n'existe aucun obstacle à la libre circulation du liquide; c'est ainsi qu'un épaississement considérable de la cloison ou une déviation obstruant la plus grande partie d'une fosse nasale ou encore un polype volumineux siégeant dans cette cavité ou au niveau d'une choane sont des contre-indications à l'usage de ce mode de traitement.

Il y a encore une contre-indication formelle : c'est le jeune âge du sujet ou plutôt la non acceptation du traitement.

S'il n'y a pas le moindre inconvénient à conseiller le lavage à un enfant de 4 à 5 ans qui, très docile, l'accepte volontiers, il n'en est pas de même s'il refuse obstinément de s'y soumettre. Il est imprudent et inutile de le pratiquer de force, parce que les mouvements de déglutition incessants que fait le sujet exposent à la pénétration du liquide dans les trompes et qne, d'autre part, la congestion de la face que produisent les cris et la lutte qu'on engage avec le patient, viennent contrebalancer et au-delà les effets bienfaisants de l'irrigation nasale.

En l'absence des contre-indications mécaniques et morales, il ne reste plus qu'à choisir l'instrument approprié.

Sans doute, on peut faire un lavage avec tout genre d'instruments : il en est cependant qui ne doivent être utilisés qu'avec la plus grande prudence, comme les injecteurs intermittents et les bocks à injection ; les premiers parce qu'ils envoient de l'air en même temps que du liquide, et les seconds, parce que, si on les élève un peu trop, ils donnent lieu à une pression bien supérieure à celle qui est nécessaire. Nous ne ferons que signaler la seringue ordinaire, la poire à injections, les irrigateurs en verre de Woakes, Broïch, Starcke, Heller, dont la contenance est très limitée et dont le maniement est aussi difficile que celui du siphon nasal de Weber qui, à notre avis, est l'instrument qu'on doit préférer à tous les autres quand il est pourvu d'une canule à robinet.

Nous conseillons toujours ce dernier instrument et nous donnons au malade les instructions suivantes :

1° Avant de se servir du siphon pour le nez, l'essayer avec de l'eau chaude autant pour le laver que pour en bien étudier la manœuvre; le jet d'eau, quand la canule est dirigée en haut, ne doit pas dépasser la hauteur de l'index (quelquefois beaucoup plus suivant les cas); si le jet est trop haut, on abaisse le récipient qui contient la solution, ou on l'élève dans le cas contraire;

2° Mettre la solution qui doit servir à l'irrigation dans un réservoir quelconque (carafe, bouteille, etc.) que l'on place sur un appui (console, meuble, etc.) à la hauteur voulue pour que le jet ait la force indiquée plus haut;

3° Disposer la petite branche du siphon de manière qu'elle descende jusqu'au fond du vase et que l'anse en fer à cheval repose sur le bord du vase;

4° Pour faire pénétrer l'eau dans le tube, fermer le robinet de la canule et presser vivement une seule fois sur la poire, puis ouvrir le robinet ; on ne doit plus toucher à la poire, car l'eau continue à s'écouler jusqu'à épuisement;

5° Laisser couler les premières cuillerées de liquide qui sont froides et lorsque le doigt, placé devant le jet, indique que l'eau qui s'écoule est chaude, fermer le robinet;

6° Introduire l'olive dans telle ou telle narine; la canule doit toujours rester perpendiculaire à la lèvre supérieure; sa direction doit être telle que si on la prolongeait, elle aboutirait au lobule de l'oreille; ne jamais diriger le jet du côté du front sous peine de violentes douleurs ou d'accidents;

7° La canule étant ainsi disposée, on ouvre graduellement le robinet avec l'autre main, jusqu'à ce qu'on sente le nez se remplir d'eau ; dans le cours de l'opération, on peut activer l'écoulement en ouvrant davantage le robinet;

8° Pendant que le liquide s'écoule par la narine. opposée à celle qui est bouchée par la canule, respirer tout naturellement par la bouche entr'ouverte et baisser légèrement la tête; ne jamais avaler ni parler pendant l'irrigation;

9° Si, pour une raison quelconque, on a besoin d'interrompre l'irrigation, fermer le robinet, souffler vivement et fort par le nez pour en chasser l'eau, puis, recommencer le lavage.

10° Si, pendant l'irrigation, on constate que l'écoulement diminue ou cesse, c'est que la narine est obstruée par les sécrétions épaisses qui ont été entraînées; il faut alors retirer la canule et souffler fortement par cette narine pour les expulser.

11° Il arrive parfois que l'injection, faite avec les

(1) Suite. Voir *Journal des Praticiens*, 1900, n° 41.

Digitized by Google

précautions habituelles, est douloureuse, quelle que soit la façon dont on place la canule; il y a lieu d'en suspendre momentanément la pratique et de recommencer quelques heures après ou le lendemain.

12° Quand tout le liquide est passé par les fosses nasales, retirer la canule et souffler par les deux narines ouvertes pour en chasser le liquide; se borner à s'essuyer le nez et ne se moucher que quelques minutes après l'opération.

On ne doit pas omettre de conseiller au malade de faire passer l'eau chaude dans le tube avant de s'en servir, car l'odeur du caoutchouc neuf est fort désagréable; un malade se plaignait de ne pouvoir faire fonctionner son siphon; un simple coup d'œil permit de constater que la canule était bouchée par la poudre qui sert à polir le caoutchouc; il fut facile de désobstruer l'orifice avec une aiguille. Ce sont là des détails minimes sans doute, mais qui ont leur importance dans la pratique et dont le médecin ne doit pas se désintéresser.

Lorsque la poire du tube est placée assez près de l'extrémité nasale pour qu'elle occupe une position ascendante, lorsque la canule est en place, elle peut projeter de l'air en même temps que du liquide, ce qui détermine dans l'arrière-nez une sensation fort désagréable; on veillera donc à ce que la poire soit toujours dans la direction de la branche descendante du tube.

Si on veut se servir du bock, on peut le faire sans inconvénient à la condition d'adapter au tube une canule à robinet et de n'élever le récipient que de quelques centimètres. En usant de ces précautions, on ne verra pas les enfants, les plus dociles, se débattre sous l'asphyxie, provoquée par la chute d'une grande quantité d'eau dans le pharynx comme cela est arrivé à un de nos petits malades auquel on avait pratiqué une irrigation avec le bock tenu à une grande hauteur.

Les questions de quantité, de température et de nature des solutions à employer ne peuvent être indiquées d'une façon générale, car elles doivent varier avec chaque cas. — A. Courtade, *ancien assistant d'oto-laryngologie.*

MÉDECINE

Gangrène phéniquée. — La production d'une gangrène des extrémités par l'application de solutions diluées d'acide phénique est un fait qui n'est pas suffisamment connu du public et même de beaucoup de médecins. Cet accident, fréquemment observé, le serait encore plus si tous les cas étaient reconnus ou publiés. F. Harrington (*Amer. J. of the Med. Sc.*, juillet 1900), au cours des cinq dernières années, a vu 18 cas de gangrène à la suite d'application d'eau phéniquée — conseillée quelquefois par des médecins — sur des coupures, des contusions, des panaris.

Le titre de la solution qui détermine les accidents varie habituellement entre 2, 3 et 5 pour 100.

Cependant chez les enfants, une solution plus faible peut produire de graves accidents, tel le cas rapporté par Peraire, d'un enfant qui perdit les deux premières phalanges d'un doigt enveloppées pendant 24 heures d'une solution phéniquée à 1 pour cent.

Différentes conditions influent sur la production de la gangrène des extrémités :

1° Le mode de pansement : l'enveloppement humide complet, circulaire, d'un doigt ou d'une phalange étant infiniment plus dangereux que l'enveloppement partiel, non circulaire;

2° La durée de l'application;

3° L'épaisseur de l'épiderme — 15 femmes sur les 18 cas de l'auteur;

4° En dernier lieu, le titre de la solution et la compression exercée par le pansement.

On est plus en garde contre les effets destructifs de l'acide phénique pur; on les connaît mieux. Cependant ces effets sont ordinairement moins graves que ceux dus à l'emploi des solutions phéniquées, parce que d'une part celles-ci agissent insidieusement — elles occasionnent peu ou pas de douleur — et, d'autre part, l'acide phénique pur détermine la formation d'une escarre dure qui met obstacle à la libre pénétration de l'acide dans la profondeur des tissus, de telle sorte que la mortification complète et la destruction d'un doigt ou d'un orteil sont moins à craindre avec l'acide phénique pur qu'avec une solution phéniquée faible.

On a expliqué le mécanisme de la gangrène par une action spéciale du phénol sur les nerfs de la partie intéressée ou sur les vaisseaux sanguins qui seraient atteints de thrombose. Peraire a démontré, au contraire que la mortification est due à une action chimique directe sur tous les tissus sans exception, action d'ailleurs semblable à celle des solutions d'acide chlorhydrique, nitrique, sulfurique, acétique, de potasse caustique, diluées à 5 pour 100 et appliquées pendant 20 ou 24 heures sur les doigts ou sur les orteils au moyen de compresses humides.

L'examen histologique établit qu'au début chacune de ces solutions, en pansement humide, produit le même effet : œdème et ramollissement de l'épiderme; dès que la barrière épithéliale est franchie, chaque agent chimique, en pénétrant dans les couches sous-jacentes, détermine, à sa façon, la nécrose de tous les tissus vivants et non pas seulement des nerfs et des vaisseaux.

Digitized by Google

La macération de la peau prépare et rend plus aisée la pénétration d'une des solutions indiquées plus haut.

La gangrène est exactement limitée aux parties qui sont en contact direct avec les compresses imbibées d'eau phéniquée. Superficielle quelquefois, elle est souvent profonde et entraîne la perte complète du doigt quand celui-ci a été complètement enveloppé.

La gangrène du tronc est plus rare, en tous cas bien moins dangereuse en raison de l'impossibilité de faire un enveloppement complet, pareil à celui que l'on pratique sur un doigt ou une phalange.

Le traitement varie suivant le cas de la mortification.

L'eau de chaux appliquée à temps, au début d'une gangrène superficielle, peut être d'un bon effet.

Les greffes peuvent aussi réparer les mortifications superficielles.

Dans bien des cas, l'amputation est nécessaire.

Comme conclusion de cet article, l'auteur insiste sur le danger des pansements phéniqués et déclare que les solutions d'acide phénique, quel qu'en soit le titre, ne doivent être délivrées, comme les autres médicaments dangereux, que contre ordonnance d'un médecin. — E. B.

Contribution à l'étude étiologique de la chorea minor. — Th. Froelich rend compte de 47 cas de *chorea minor* traités depuis 7 ans à l'hôpital. Sur ces 47 malades, 15 avaient eu un rhumatisme articulaire aigu, soit avant la chorée, soit pendant son cours. Sur ce nombre, 11 ont eu des complications cardiaques. Chez 16 malades, la chorée a débuté ou a été accompagnée de phénomènes fébriles avec angine, affection articulaire ou érythème noueux (cause infectieuse). Chez 4 sujets, la chorée a été consécutive à d'autres maladies infectieuses : scarlatine, influenza, etc. Chez 12 autres, on ne peut constater de maladie infectieuse préalable; les 9 cas restants peuvent être regardés comme de nature infectieuse. En résumé, on trouve l'infection certaine dans une proportion de 80,85 0/0, et non prouvée dans 19,15 0/0. L'auteur mentionne encore un cas de chorée après infection gonococcique, où la malade atteinte d'une vulvo-vaginite, fut prise de chorée, d'endocardite et finalement de rhumatisme blennorrhagique monoarticulaire. (*Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, Christiania, sept. 1900). — R. D.

Sur 202 cas d'appendicite. — Sur 262 cas recueillis pour la plupart dans la clientèle particulière, Joh. Nicolaysen et Kr. Thul, il y avait 81 hommes et 121 femmes. La mortalité a été de 12 décès (5 9 p. cent). Les récidives se produisirent environ dans 60 0/0 des cas. Après deux ans écoulés, le danger de récidive est assez réduit, d'après les données de la statistique. (*Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, Christiania, février 1900). — R. D.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La tuberculose et les médications nouvelles. — Devant les ravages de la tuberculose, qui élève dans des proportions effrayantes le chiffre de la mortalité, la question du traitement se pose à chaque instant de la façon la plus impérieuse et les médications nouvelles se présentent tous les jours plus nombreuses.

Quelles doivent donc être à l'heure actuelle les bases de ce traitement? D'après le Dr Baradat (*Congrès Internat.* 1900), deux facteurs sont à considérer :

L'agent infectieux et contagieux dont les caractères biologiques et morphologiques nous sont aujourd'hui connus, et le terrain sur lequel cet agent s'est greffé, terrain créé par l'hérédité ou terrain acquis.

Toute médication rationnelle, pour être complète et vraiment efficace, doit s'adresser à ces deux facteurs et tenir compte des éléments qui se présentent en face d'un cas donné.

Les médications nouvelles employées contre la tuberculose ont toutes une valeur réelle, mais en s'adressant à des phénomènes spéciaux et non à l'ensemble des éléments à combattre; elles sont par suite insuffisantes. Les unes ont pour but d'améliorer ou de relever le terrain, les autres sont bactéricides ou antitoxiques. La médication à préconiser doit tenir des deux précédentes, elle doit agir au point de vue dynamique et au point de vue spécifique.

Plusieurs s'adressent au terrain.

En premier lieu, le traitement hygiénique qui doit être la base, l'adjuvant indispensable de toute médication ; sans lui, toutes devront fatalement échouer.

La façon la plus simple, pour réaliser ce traitement hygiénique, est celle des sanatoriums libres, tels qu'ils sont échelonnés, sous forme de villas, sur les rives ensoleillées de la Méditerranée. Là, en effet, toutes les conditions, visant non seulement l'hygiène, mais aussi l'état moral parfait du malade, qui n'est soumis qu'à sa propre volonté de guérir, peuvent être facilement remplies.

Le sanatorium fermé doit être réservé aux impulsifs, aux malades incapables de pouvoir se diriger ou d'avoir une volonté.

Au point de vue du traitement médicamenteux, on s'est surtout occupé du cacodylate de soude.

Ses effets ont été excellents chez les anémiques,

Digitized by Google

chez les lymphatiques ganglionnaires, les chlorotiques, et, dans ces cas, on a pu observer un véritable coup de fouet sur l'organisme, de l'augmentation de l'appétit et la fonte ganglionnaire.

Au contraire, les résultats ont été nuls dans la tuberculose ulcéreuse et cavitaire.

La vérité, c'est que, sous une forme pure, le cacodylate de soude devra rester dans l'arsenal thérapeutique, mais ses indications et son inefficacité ne sont autres que celles de l'arsenic lui-même. Il doit être considéré comme le moyen le plus facile d'administrer l'arsenic; c'est un puissant modificateur du terrain, mais surtout dans la tuberculose ouverte, ulcéreuse, il ne faudra pas en attendre des résultats certains au point de vue de la régression des accidents.

Il sera surtout bon pour les prédisposés, pour ceux chez lesquels l'infection n'est qu'au début, ceux dont Daremberg, Landouzy, Grancher, Chuquet ont si bien indiqué les signes précoces.

Quant aux vanadates, ils n'ont pas répondu au but que l'on en attendait, mais cela tient surtout à la difficulté d'obtenir des produits bien déterminés.

Il en est de même de certains sérums artificiels, récemment préconisés, qui doivent être rangés dans la classe des reconstituants du terrain et auxquels il manque le pouvoir bactéricide ou antitoxique. Ce qu'on peut dire sur la valeur des sérums artificiels, comparée à celle des sérums naturels, dans la tuberculose, c'est qu'une petite quantité de sérum naturel est nécessaire pour produire un effet thérapeutique intense, effet qui ne peut être obtenu que par une quantité double ou triple de sérum artificiel.

On sait les magnifiques résultats qu'ont obtenus MM. Richet et Héricourt chez les chiens tuberculisés soit au point de vue curatif, soit même au point de vue préventif.

On sait qu'il s'agit du plasma musculaire obtenu soit par la presse, soit par la congélation, puis par le dégel rapide de la matière musculaire.

On donne 800 grammes de viande hachée par jour, le malade absorbe autant de viande crue qu'il peut en accepter, puis le reste de la viande hachée est soumis à la presse.

Le plasma doit être pris immédiatement après sa préparation ; attendre serait s'exposer à absorber un liquide corrompu et très toxique.

Cette méthode de traitement donne parfois d'excellents résultats, elle est néanmoins difficilement applicable dans la pratique courante, elle est coûteuse, difficilement supportée par certains malades et nécessite une surveillance attentive.

L'auteur dit avoir obtenu de bons résultats de la méthode d'hématothérapie anti-tuberculeuse préconisée par MM. Bertin et Pick. Le sérum de chèvre ou de mouton employé par eux serait reconstituant, antitoxique et bactéricide.

L'innocuité de ce traitement serait absolue et son application facile : une injection hypodermique de 10 cc. tous les deux jours. Cependant, même avec ce sérum, la médication cacodylique doit être utilisée comme un précieux adjuvant, dans la plupart des cas, au même titre que le tanin, l'iode et l'huile de foie de morue — H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Monstre double monomphalien sternopage. — M. Pinard fait un rapport sur une observation de M. Barette, de Caen. Il s'agit d'une femme de 26 ans, primipare, parvenue au terme de sa grossesse en février 1899. A la fin du travail, la sage-femme constata à la vulve la présence de trois pieds et d'un 4e membre inférieur replié dans le vagin. Ne pouvant terminer l'accouchement elle appela à son aide M. Barette. Celui-ci, après avoir pratiqué le palper et constaté la présence de deux têtes, pratiqua le toucher et amena à la vulve le 4e pied. Introduisant alors la main dans le vagin entre les deux fœtus, il fut arrêté par une résistance unissant leurs corps.

Au fond de ce sillon il rencontra l'insertion d'un cordon unique, au niveau duquel on ne pouvait percevoir aucun battement. Le diagnostic des deux fœtus accolés par leur plan antérieur et ne donnant plus aucun signe de vie, étant ainsi fait, quelques tentatives de dégagement étant restées infructueuses, il pratiqua l'embryotomie de l'un des fœtus, et put les extraire de la sorte, l'autre étant resté entier. La tête du fœtus sectionné sortit la dernière. La délivrance fut spontanée. Il n'y eut pas d'hémorrhagie ; les suites de couche furent apyrétiques.

Les deux fœtus étaient du sexe féminin, à terme ne présentant aucun vice de conformation au niveau des membres, du bassin et de la tête. L'accolement des 2 troncs existait depuis l'ombilic jusqu'au haut du thorax. La cavité thoracique, unique, était formée par l'union des deux cages thoraciques, et fermée en haut par la fusion de l'extrémité supérieure des 2 sternums, sur lesquels s'attachaient 4 clavicules bien conformées. En bas elle était fermée par un vaste diaphragme, formé par la fusion des deux diaphragmes bien développés. Les deux fœtus possédaient chacun 2 poumons. Le cœur était unique, mais formé par la fusion intime des deux cœurs. Les aortes, les artères pulmonaires, les veines ombilicales étaient doubles, de même que les cavités du cœur. Chaque fœtus avait donc une circulation indépendante, mais le cœur de l'un ne pouvait fonctionner sans celui de l'autre, puisqu'ils étaient inséparablement unis.

M. Barette a sagement agi en pratiquant la détroncation, puisque les enfants étaient morts et que l'accouchement

Digitized by Google

spontané était impossible. Mais en eût il été de même, si les enfants avaient été vivants ?

Le plus souvent les monstres monomphaliens naissent spontanément, morts-nés par compression du cordon. Si par exception ils ne sont pas asphyxiés pendant le travail de l'accouchement, et si la terminaison est impossible par les voies naturelles, M. Pinard pense que le chirurgien doit pratiquer l'opération césarienne.

Traitement de la hernie étranglée par les applications de compresses d'éther. — M. Fiessinger cite quelques cas de hernies diverses, étranglées depuis plusieurs heures, et réduites par les applications prolongées de compresses d'éther. L'observation la plus intéressante a trait à une hernie crurale, étranglée depuis 48 heures, et réduite spontanément après trois quarts d'heure d'attente, alors que le taxis avait échoué et qu'il existait déjà des vomissements fécaloïdes.

Voici le *modus faciendi*. Une compresse imbibée d'éther est appliquée sur la hernie. Le médecin continue à verser l'éther lentement, goutte à goutte, de manière à maintenir la compresse humide. La réduction s'opère tout à coup, le malade poussant parfois un cri de douleur suivi d'un aveu immédiat de soulagement au moment de la rentrée de l'intestin. La quantité d'éther employée peut monter jusqu'à 250 grammes ; la durée de l'application peut varier d'un quart d'heure à 2 heures.

Il est probable que l'éther provoque une réfrigération des gaz dont elle diminue la tension dans la hernie et la décongestion de l'anse, ce qui permet sa réduction.

Le saturnisme chez les lapidaires. — M. Fiessinger. Un grand nombre d'ouvriers du Haut-Jura, employés à la taille des pierres précieuses à l'aide de roues de plomb, sont empoisonnés par les poussières qui se détachent de ces roues. Cependant depuis une quinzaine d'années, le nombre des saturnins diminue, grâce aux progrès de l'hygiène et au moindre emploi des roues de cuivre.

La goutte saturnine n'existe pas chez les lapidaires à la vie relativement sobre, l'usage modéré des viandes, peut-être aussi l'altitude élevée où ils vivent, les mettent à l'abri de cette complication.

Toutes les autres manifestations de l'empoisonnement plombique sont observées : hystérie, dyspepsie sous toutes les formes, neurasthénie, épilepsie, nephrites, anémie, paralysies.

La tuberculose est fréquente chez les lapidaires ; il semble toutefois que ceux qui ont subi une intoxication profonde y échappent. (*30 octobre*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Sur le polymorphisme des angines de la scarlatine. — MM. Variot et Devé. Le polymorphisme des angines de la scarlatine s'accuse de la manière la plus formelle si l'on envisage la présence ou l'absence des exsudats. Sur un total de 525 cas, 150 fois le pharynx est resté entièrement libre d'exsudats. Il est vrai que dans ce chiffre de 150, nous devons comprendre 31 scarlatines, ou douteuses ou arrivées à la période de desquamation ; dans ces dernières, il est possible que des exsudats préexistants à l'entrée du malade aient échappé à notre examen.

Il n'en reste pas moins établi que des pharyngites non exsudatives ne sont pas rares au cours de la scarlatine ; il ne faudrait pas en induire que cette variété d'angine fût toujours bénigne.

Sans doute, nous voyons des manifestations angineuses extrêmement atténuées, au point de ne consister que dans un érythème pharyngé léger et fugace, ainsi qu'on l'a déjà relaté dans les scarlatines dites chirurgicales survenant chez des opérés. Mais inversement, nous observons aussi des pharyngites dépourvues d'exsudats, qui sont néanmoins fort intenses et fort douloureuses. Toute la muqueuse est le siège d'un gonflement lisse et livide ; l'adénopathie sous-maxillaire est très marquée ; l'obstruction de l'arrière-pharynx n'est pas rare. Ces formes en apparence phlegmoneuses de pharyngite sont aussi durables que certaines angines à exsudats.

Dans la majorité des cas, les angines ont été exsudatives, puisque sur 525 cas, 375 fois des exsudats ont été notés. Mais habituellement les exsudats étaient circonscrits, limités à la région amygdalienne, logés dans les cryptes, offrant l'aspect pultacé sans adhérence à la muqueuse sous-jacente. De plus, ces exsudats n'ont pas de tendance à s'étendre, à déborder sur les piliers du voile, la luette ou le fond du pharynx.

Toutefois, dans 102 cas sur 375, les exsudats nous ont semblé prendre une allure extensive avec apparence membraneuse suspecte qui nous faisait songer à la diphtérie, et il nous a paru utile de recourir à l'examen bactériologique pour nous assurer si nous étions ou non en présence d'un processus diphtérique.

40 fois sur 102, les exsudats pharyngiens s'arrêtèrent rapidement dans leur extension, et l'idée de diphtérie fut écartée très vite, même d'après le seul aspect clinique ; l'examen bactériologique fut également négatif.

Mais 62 fois sur 102 nous avons cru réellement avoir affaire à un processus diphtérique à cause de l'importance des exsudats membraneux, de leur régénération rapide, et de leur extensivité en dehors de la région amygdalienne à toutes les parties du pharynx et de l'arrière-pharynx, à cause du jetage nasal, de l'adénopathie sous-maxillaire, etc.

L'examen bactériologique de ces 62 cas d'angines membraneuses a été fait par M. le Dr Tollemer, chef du laboratoire de la diphtérie à l'hôpital Trousseau. Les résultats de ces examens bactériologiques ont été les suivants :

30 sur 62 étaient des angines diphtériques vraies en rapport avec la présence du bacille de Lœffler ; 32 étaient des pseudo-diphtéries dans lesquelles les cultures ont généralement décelé des streptocoques.

Pour nous, comme pour nos devanciers, le problème clinique du diagnostic différentiel entre l'angine diphtérique vraie et la pseudo-diphtérie survenant soit au cours

Digitized by Google

de la scarlatine, soit dans d'autres circonstances, ce problème, disons-nous, est resté absolument insoluble.

Dans ce bloc de 62 angines à fausses membranes examinées de près chaque jour, il nous a été impossible, d'après le seul aspect du pharynx ou de ses annexes, de dire si nous étions en présence ou non de diphtérie vraie ou de pseudo-diphtérie. La seule constatation du Lœffler dans les cultures a permis de décomposer ce bloc de 62 angines pseudo-membraneuses : en 30 diphtéries et 32 pseudo-diphtéries.

La pseudo-diphtérie emprunte tout à fait le masque clinique de la diphtérie vraie, et nous avons renoncé en dehors de la bactériologie à porter un diagnostic ferme dans ces circonstances.

Sur ce point nous sommes d'accord avec MM. Wurtz et Bourges, qui ont fait avant nous l'étude clinique et bactériologique des angines membraneuses de la scarlatine sur un nombre limité de cas. Mais nous ne pouvons accepter les autres conclusions de ces auteurs, bien qu'elles soient reproduites dans bon nombre d'ouvrages classiques. MM. Wurtz et Bourges déclarent que les seules angines diphtériques qu'on voit au cours de la scarlatine, sont toujours tardives, survenant quinze jours ou trois semaines après l'éruption.

Bien que le Lœffler n'ait pas apparu toujours dès le premier examen, dans nos angines membraneuses, il n'en est pas moins certain que la plupart de ces angines à Lœffler se sont manifestées dès le début de la scarlatine. Nous sommes encore en désaccord avec ces auteurs sur la gravité constante, d'après eux, de la diphtérie compliquant la scarlatine : nous n'avons eu que 6 morts sur 30 cas ; nos pseudo-diphtéries nous ont fourni une mortalité plus élevée, 8 morts sur 32 malades.

A Paris et dans les grandes villes où les installations bactériologiques sont répandues, aucune difficulté thérapeutique ne peut surgir de l'incertitude clinique dans laquelle nous sommes au sujet de l'angine diphtérique et de la pseudo-diphtérie. L'examen bactériologique décelant le Lœffler imposera immédiatement l'injection de sérum antidiphtérique.

Mais en province et dans les campagnes, le médecin est toujours réduit au seul examen clinique qui est là malheureusement en défaut. Si nous considérons la proportion de 62 cas d'angine pseudo-membraneuse ayant l'aspect diphtérique, sur 525 cas de scarlatine, comme une proportion moyenne, il s'ensuit que le praticien sera assez souvent embarrassé dans sa ligne de conduite, puisque, sur 62 cas, il n y a que 30 diphtéries et 32 pseudo-diphtéries.

Cependant il n'est pas douteux que dans tous les cas où le médecin suspectera la diphtérie, il devra appliquer le sérum. Les médecins anglais, par des statistiques très rigoureuses, ont établi l'abaissement de la mortalité chez les scarlatineux diphtériques depuis qu'ils manient l'antitoxine. D'autre part, on est revenu sur les craintes exagérées du début quant à l'action nocive du sérum sur le rein, soit dans la scarlatine, soit même dans les néphrites coexistantes.

Parmi les complications qui contribuent à accentuer le polymorphisme du processus angineux dans la scarlatine, nous relèverons spécialement les ulcérations du pharynx.

Ces ulcérations, avec perte de substance plus ou moins étendue, siègent de préférence sur les amygdales, à leur partie supérieure, empiétant plus ou moins sur les piliers du voile, plus rarement sur la luette ; elles indiquent le caractère nécrotique de l'angine scarlatineuse bien fixé par Hénoch. On observe les ulcérations aussi bien après les angines ordinaires qu'après celles qui ont offert l'aspect diphtérique. Cette complication du processus angineux n'aggrave pas le pronostic en général ; ces ulcérations sont parfois lentes à se réparer, même avec des topiques bien appropriés, mais elles ne prennent pas une allure extensive ou phagédénique.

Sur 525 malades, nous n'avons rencontré que quatre cas de laryngite; dans trois de ces cas, il s'agissait de pseudo-diphtérie ; dans le quatrième, le Lœffler n'apparut que le 11e jour. Les troubles laryngés furent légers, consistant dans de la raucité de la voix et de la toux ; mais il n'y eut dans aucun de ces cas ni tirage ni spasme phréno-glottique. L'aphorisme de Trousseau : « La scarlatine n'aime pas le larynx », est donc resté vrai pour nous.

Il résulte, de plus, de nos observations, que le processus angineux a une influence dominante sur le cycle thermique. L'angine provoque et entretient l'hyperthermie, tandis que l'érythème, quelle que soit son intensité, n'y joue qu'un rôle insignifiant. En un mot la température marche de pair avec l'angine et non avec l'éruption.

Otite moyenne à pneumocoque par contagion. — M. Hirtz rapporte un cas d'otite moyenne purulente double, d'emblée, indépendante de toute affection antérieure, chez une femme en contact constant avec un pneumonique depuis 3 jours. Le pus contenait de nombreux pneumocoques. La contagion n'est pas douteuse, et il est vraisemblable que le germe pathogène a pénétré par le rhinopharynx et les trompes.

L'amyotrophie scapulo-thoracique précoce, comme signe révélateur ou confirmatif de la tuberculose pulmonaire au début. — M. Emile Boix. On sait les difficultés du diagnostic positif de la tuberculose pulmonaire au début. Le bacille de Koch ne pouvant le plus souvent être décelé à cette période, force est de recourir aux signes cliniques Ceux-ci, anciens déjà, ne perdent donc aucunement leur importance, et c'est à les perfectionner ou à en augmenter le nombre qu'on s'applique encore de nos jours. Grancher a groupé les principaux. Fernet exposait l'an dernier sa triade sthétoscopique (lésion du sommet entraînant l'adénopathie trachéo-bronchique, celle-ci déterminant à son tour la congestion de la base). Enfin E. Hirtz et G. Brouardel montraient récemment l'utilité des tracés pneumographiques en pareil cas.

Voici un autre symptôme, d'observation immédiate et élémentaire, à la portée de tous, qui est loin d'être nouveau sans doute,

Digitized by Google

mais dont on ne trouve nulle trace dans les livres classiques ou les mémoires spéciaux.

C'est l'atrophie musculaire de la calotte scapulo-thoracique qui coiffe le sommet du poumon. Cette atrophie, plus ou moins prononcée, plus ou moins généralisée, est bien connue aux périodes avancées ou simplement confirmées de la tuberculose. Elle est bien moins connue au début même de l'invasion bacillaire, où elle se montre assez souvent comme symptôme précoce.

Entendons-nous bien. *Précoce* ne veut pas dire *primitive*. L'atrophie musculaire n'est jamais le premier signe de la tuberculisation d'un sommet pulmonaire. Mais se montrant de bonne heure, alors que la percusion et l'auscultation ne décèlent que des modifications respiratoires sans signes adventices, elle peut être le *signe révélateur* qui attire l'attention sur un sommet que rien ne pouvait, au premier abord, faire soupçonner tuberculeux; elle peut aussi, s'ajoutant à des signes sthétoscopiques vagues ou difficiles à interpréter, en particulier chez des femmes nerveuses dont les sommets respirent mal ou présentent des saccades inspiratoires, confirmer l'idée d'une tuberculose commençante mieux établie sur un faisceau de signes, ou apporter un élément nouveau à un diagnostic encore hésitant.

Exemple : Une malade vient se plaindre de palpitations ; elle découvre ses épaules pour permettre l'auscultation du cœur et des vaisseaux ; un coup d'œil sur ses régions sous-claviculaires montre une différence appréciable entre les deux côtés ; l'examen approfondi de ses sommets permet de constater les modifications respiratoires habituelles à la tuberculisation commençante, avec ou sans bruits adventices ; la malade ne tousse pas ou très peu, n'a pas maigri, n'a pas eu d'hémoptysie, ne s'est, en somme, jusqu'à ce jour, nullement préoccupée de « ses bronches ».

Telle est en quelque sorte l'observation idéale. C'est la *révélation* pure et simple par l'atrophie musculaire d'une tuberculose au début, complètement ignorée du malade et qui aurait pu échapper au médecin si son attention n'avait pas été, de ce seul fait, appelée sur les sommets pulmonaires.

Dans d'autres cas l'atrophie musculaire est seulement confirmative d'une lésion qui, sans elle, restait au moins douteuse.

L'atrophie, plus ou moins généralisée à l'ensemble de la calotte musculaire dans les cas de tuberculose avancée, est au contraire, au début, partielle, frappant tel ou tel groupe ; c'est tantôt le creux sus-claviculaire qui est plus prononcé, tantôt le plan sous-claviculaire qui est plus ou moins en retrait sur le côté symétrique, tantôt la loge sous-épineuse qui est moins pleine que l'autre. Cela s'apprécie à la vue, sous diverses incidences et aussi au toucher, qui permet de se rendre compte du volume, de la consistance, de l'élasticité des muscles palpés.

Normalement, la calotte musculaire qui coiffe le sommet gauche est un peu moins forte que celle de droite ; il faudra tenir compte de cela dans la comparaison entre les deux côtés ; de même, il convient de s'enquérir si le sujet n'est pas gaucher.

Comme pour le bacille de Koch, l'absence de cette atrophie ne devra en rien exclure la probabilité de la tuberculose ; sa présence, au contraire, ferait pencher de ce côté la balance en oscillation.

La pathogénie de cette atrophie est sans doute analogue à celle des amyotrophies arthropatiques : l'altération des filets nerveux de la plèvre retentit sur la moelle, soit par action réflexe (Vulpian, Charcot, Raymond), soit par dégénérescence rétrograde (Klippel et Durante, soit par réaction à distance (Marinesco). *(26 octobre).*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De l'asepsie — — M. Walther a entrepris cet été un certain nombre d'expériences bactériologiques, sous le contrôle de M. Widal, montrant qu'un nettoyage soigné des mains peut les désinfecter d'une façon à peu près absolue.

Voici comment il se nettoye les mains :

Savonnage et brossage prolongé dans une petite quantité d'eau très chaude pendant 10 à 15 minutes. L'eau est changée 4 ou 5 fois. Passage des mains dans une solution de permanganate de potasse qui permet de vérifier si le dégraissage de la peau est complet. Lavage à l'alcool pendant quelques minutes en brossant soigneusement les ongles ; puis immersion plus ou moins longue dans la solution de sublimé.

Les ensemencements faits avec les mains ainsi préparées, sont pour ainsi dire toujours restés négatifs, preuve que la stérilisation était complète.

Au cours de l'opération, M. Walther se passe toutes les cinq minutes les mains au sublimé ou à l'alcool, et maintient ainsi leur stérilisation. La préparation des téguments du champ opératoire faite suivant les mêmes procédés a donné la même stérilisation, et cependant l'air de la salle d'opération n'était pas stérile, le défaut de stérilisation de l'atmosphère ambiante explique pourquoi à la fin d'une opération l'eau stérilisée, les compresses, les instruments donnent des cultures de microbes divers.

M. Walther rejette l'usage des gants de caoutchouc pour les opérations aseptiques parce qu'ils gênent considérablement les manœuvres délicates, mais il les adopte pour les opérations septiques.

M. Quenu. — L'asepsie opératoire, bien différente de la méthode antiseptique, est l'idéal que doivent poursuivre les chirurgiens; car, non seulement elle évite l'infection des plaies, mais elle en permet la réparation immédiate. Inaugurée d'abord à l'hôpital Bichat par M. Terrier vers 1887, elle est adoptée aujourd'hui par la plupart des chirurgiens. L'asepsie des mains en est une des nécessités fondamentales. S'il est vrai que leur stérilisation soit possible, il est plus nécessaire encore de les garder pures de tout contact septique; c'est ce que permet l'usage des gants en caoutchouc pendant les manœuvres ou opérations septiques.

Anévrysme diffus de la tibiale postérieure. — M. Chaput fait un rapport sur une observation de M. Véron. Il s'agit d'un ouvrier, blessé par la chute d'un ciseau de menuisier d'une hauteur de 1 m. 50 sur la région postérieure du mollet. Plaie d'aspect peu grave, hémorrhagie légère ; mais bientôt syncope, impossibilité de marcher, douleurs dans le mollet avec fourmillements et battements. Cinq jours après M. Véron constatait l'existence d'un anévrysme diffus du mollet et pratiqua immédiatement l'ouverture de la poche, après compression de la fémorale. Cette poche était double, l'une située entre le jumeau interne et le soleaire, l'autre au-dessous de ce muscle ; c'est dans ce

Digitized by Google

dernier foyer qu'il trouva les deux bouts de la tibiale postérieure sectionnée dont il lia le supérieur. Après avoir nettoyé la cavité et s'être bien assuré qu'aucun vaisseau ne donnait, il la bourra avec la gaze iodoformée. La guérison complète eut lieu sans incident. (*31 octobre*).

BIBLIOGRAPHIE

L'irritabilité dans la série animale, par le Dr Denis Courtade (collection scientia, éditée par G. Carré et C. Naud).

Claude Bernard, dans son introduction à l'étude de la médecine expérimentale (p. 7) dit avec beaucoup de raison que « la science « ne s'établissant que par voie de comparaison, la connaissance « de l'état pathologique ou anormal ne saurait être obtenu sans « la connaissance de l'état normal, de même que l'action théra- « peutique sur l'organisme des agents anormaux ou médica- « ments ne saurait être comprise scientifiquement sans l'étude « préalable de l'action physiologique des agents normaux qui « entretiennent les phénomènes de la vie ».

La manière dont la matière vivante réagit en présence des diverses substances qui l'entourent est étudiée en physiologie générale sous le nom d'irritabilité. Les réactions peuvent être normales (irritabilité physiologique) ou anormales (irritabilité pathologique). Dans ce dernier cas elles peuvent être soit diminuées (paralysies, neurasthénie, meiopragies), soit augmentées (hypéresthésies, contractures, palpitations), soit perverties (réaction musculaire de dégénérescence).

Le volume que nous analysons ne traite que de la partie physiologique de l'irritabilité et on voit, en se rapportant à la phrase de Cl. Bernard citée plus haut, de quelle importance est son étude pour le praticien.

M. Courtade, dans une étude historique résumée de la question, montre comment l'irritabilité, d'abord considérée comme située en dehors de la matière (esprits vitaux), est ensuite rattachée à la matière elle-même.

Après une description sommaire de la structure et composition chimique de la matière vivante, il s'efforce de déterminer quelles sont les conditions de son existence et décrit ses principales manifestations (chaleur, mouvement, électricité, lumière, phénomènes nerveux).

L'auteur termine ensuite en cherchant à élucider la nature de l'irritabilité. Je recherche quelle est la place de la matière vivante dans l'univers et quelle est la nature de ses relations fonctionnelles avec les corps qui l'entourent. On peut citer, comme conclusion de son travail, le passage suivant : « La division des corps « en inorganiques, organiques ou organisés, est plutôt artificielle. « Les corps organiques, qu'ils soient organisés ou non, présentent « dans leur structure les mêmes éléments que les corps inorga- « niques mais avec un groupement beaucoup plus complexe de la « molécule. Leurs fonctions doivent, par conséquent, être plus « nombreuses et plus difficiles à comprendre. Nous avons pris « l'habitude de donner le nom d'irritabilité aux phénomènes dont « les corps vivants sont le siège, tandis que nous avons réservé « celui d'affinité aux mêmes phénomènes se passant dans la ma- « tière non-organisée. Mais il faut bien leur considérer que ces « deux mots ne sont que l'expression d'un même fait appliqué au « fonctionnement de corps que nous étions habitués à croire « d'essence différente. P. 84 ».

Consultations chirurgicales à l'usage des praticiens, par MM. de Rouville et Braquehaye, prof. agrégés, avec une préface de M. le prof Duplay. Chez Baillière et fils, éditeurs.

Les auteurs, comme le dit M. Duplay, ont poursuivi un but essentiellement pratique ; ils ont voulu venir en aide aux débutants ou aux praticiens encore novices et auxquels l'expérience fait défaut. Les uns et les autres trouveront, en effet, dans ce livre des règles précises sur la conduite qu'ils doivent tenir dans un cas déterminé. Quoique ce livre soit, avant tout, un manuel pratique de thérapeutique chirurgicale, les auteurs ont présenté, pour chaque cas, un tableau de symptômes qui résume le diagnostic.

Ce livre conçu dans cet esprit, répondait à un réel besoin ; les auteurs y ont traité non pas toute la chirurgie, mais toutes les affections que le praticien éloigné des grands centres, est obligé de traiter sans le secours d'un chirurgien de profession.

C'est pourquoi tous les praticiens liront ce livre qui leur rendra de grands services dans de nombreux cas embarrassants.

THÉRAPEUTIQUE

De l'administration de la créosote.

La difficulté de donner la créosote pure à un malade oblige de chercher parmi les nouvelles combinaisons de la créosote celles qui seraient les plus aptes à la remplacer.

Il en est deux qui attirent l'attention, l'une pour la voie stomacale, l'autre pour les injections sous-cutanées.

Voie stomacale. — Prenez :

Créosoforme ..... Q. V.

en paquets, ou cachets de 50 centigrammes, 4 à 6 par jour. Le créosoforme est pulvérulent, sans odeur, sans saveur et contient 96 0/0 de créosote.

Autre formule :

Créosoforme.....	10
Sucre pulvérisé.....	40
Essence de badiane.....	III gouttes

2 à 3 cuillerées à café par jour, 1 cuillerée à café, contient 1 gramme de créosoforme ou 0 gr. 96 de créosote.

Pour les partisans du gaïacol on a fait le gaïaforme contenant 96 0/0 de gaïacol cristallisé et s'ordonnant comme le créosoforme.

Injections sous-cutanées. — Prenez :

Phosote ..... Q. V.

injectez 2 à 5 centimètres cubes tous les 2 à 3 jours. Faire des injections profondes dans les muscles. Ces injections ne déterminent aucune douleur. Le phosote contient 80 0/0 de créosote.

Erratum

Dans le n° 42 page 680 reconstituer ainsi la formule de pommade à employer dans le traitement de l'orchite :

Lanoline.....	40	grammes
Gaïacol.....	5	—
Salicylate de méthyle	20	—

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE CHIRURGICALE

Scapulalgie hystérique

Par le Dr H. MORESTIN, *Chirurgien des Hôpitaux*

Vous avez déjà remarqué l'étrange personne qui est couchée au n° 31 de notre Service d'Isolement; son allure générale, un peu bizarre, a sûrement attiré votre attention, et vous savez tous qu'elle est fort irascible et pleure avec une très grande facilité. Sa présence ici est justifiée par une affection de l'épaule dont l'apparence insolite paraît déconcerter la plupart d'entre vous. Quelques-uns m'ont avoué franchement n'avoir encore jamais rien vu de semblable et ne pouvoir formuler un diagnostic; d'autres hésitent à se prononcer et flottent entre deux ou trois opinions. Mais voici qui est plus grave, le médecin qui nous l'adresse, n'est pas fixé davantage et considère le cas comme « difficile autant qu'embarrassant, non seulement au point de vue médical, mais encore au point de vue social. » Il n'est donc pas inutile d'étudier ensemble l'affection qui peut causer à un praticien de telles perplexités.

Vous comprendrez mieux l'ennui de notre confrère quand je vous aurai rappelé, avec quelques détails, l'origine et la marche de la maladie.

Ce n'est pas sans peine que cette histoire a pu être reconstituée. Notre malade est d'une rare surdité; au déclin d'une fièvre typhoïde, une otite double lui a fait perdre l'ouïe, alors qu'elle avait quatorze ou quinze ans. Aussi, le dialogue est-il fort pénible avec cette malheureuse. Par contre, la seule personne de son entourage qui se soit présentée ici, parle avec une telle prolixité, que de son bavardage, il est presque impossible de rien retenir d'utile.

Heureusement, le médecin a pu recueillir des renseignements précieux qu'il a eu l'amabilité de nous transmettre.

Cette jeune fille, non des plus jeunes, car elle a vingt-neuf ans, est ouvrière et travaille dans une manufacture d'objets en caoutchouc. Son occupation, si j'ai bien saisi, consiste à tailler aux ciseaux, à découper, dans de minces lames de caoutchouc, les pièces destinées à façonner des jouets. Il y a six semaines, voulant prendre quelque chose sur un rayon d'armoire, elle glisse, tombe, et se retenant de la main droite, éprouve dans l'épaule correspondante une vive douleur.

Celle-ci s'atténue rapidement, au point que notre ouvrière, l'instant d'après, se remet au travail. Le lendemain, le surlendemain, elle retourne comme d'ordinaire à son atelier. Cependant, l'épaule froissée dans la chute, restait un peu endolorie, et une gêne très légère persistait dans certains mouvements du bras. Or, au bout d'une quinzaine, ayant bien conté et raconté son aventure et intéressé tous les siens à son accident, elle se fait faire, un soir, sur la région malade, un très sérieux barbouillage de teinture d'iode. Elle se réveille, le lendemain, éprouvant les plus grandes souffrances, et le bras dans l'attitude où vous le voyez encore aujourd'hui.

La famille, alarmée, gémit tout d'abord sur son infortune, puis, selon l'usage, veut faire peser sur le patron de l'ouvrière, la responsabilité de cet « accident du travail » et songe à exiger de lui une indemnité sérieuse. Inquiet de cette affaire, le chef d'industrie ne demande qu'à transiger. Mais en pareille matière, l'accord n'est point facile, et l'on en vient volontiers aux plaidoiries.

Les premiers avis médicaux ne sont pas faits pour rendre aisée la solution. On a songé à une luxation, à une subluxation, à une entorse, puis à une arthrite et même à une tumeur blanche; et c'est après avoir envisagé ces diverses hypothèses que notre confrère a cru devoir, en praticien consciencieux, autant que modeste, nous demander avis. Les choses sont heureusement beaucoup plus simples que vous ne pourriez le croire. Il s'agit d'un cas parfaitement classique; s'il vous cause quelque surprise et vous laisse dans l'incertitude, c'est que les malades de cette sorte sont rarement admises dans les salles de chirurgie, où leur présence constitue pour ainsi dire une anomalie — et si vous voulez que nous reprenions ensemble l'examen de cette jeune personne, je n'aurai pas de peine à vous convaincre qu'il ne s'agit ni de luxation, ni d'entorse, ni de tumeur blanche, ni d'arthrite.

Je vous ai exposé, un peu longuement, peut-être, les circonstances dans lesquelles la maladie a débuté pour bien mettre en évidence deux points essentiels : 1° le traumatisme a été insignifiant, puisque l'ouvrière a pu, au bout de quelques instants, reprendre son travail; 2° il y a eu entre ce léger traumatisme et l'apparition des accidents une période de plusieurs jours, pendant laquelle l'articulation est demeurée libre de tous ses mouvements.

Ce n'est que le quinzième jour environ et très brusquement, que le bras s'est placé dans l'attitude vicieuse où il se trouve encore. Cette attitude d'abduction très prononcée est, en effet, telle actuellement qu'elle était au premier jour de son apparition, elle est permanente et invariable. C'est sans doute ce qui a pu faire croire à une luxation. Mais il faut des investigations très sommaires, une grande ignorance ou beaucoup de légèreté pour soutenir cette opinion. La tête humérale n'a point quitté la cavité glénoïde, car le moignon de l'épaule a conservé son aspect et

Digitized by Google

sa forme, car la palpation montre l'extrémité supérieure de l'humérus à sa place, au-dessous de l'acromion. La longueur du bras est d'ailleurs la même des deux côtés. Notez encore que, pendant deux semaines, la malade a pu se servir librement de son membre, et votre surprise égalera la mienne qu'on ait pu croire à une luxation et même tenté de la réduire.

L'hypothèse d'une subluxation est également déraisonnable. Sans doute, la main, explorant le creux axillaire, perçoit une saillie dure et arrondie, soulevant légèrement la paroi externe. C'est bien la tête humérale qui proémine de ce côté, mais il ne s'agit en aucune façon d'un déplacement pathologique. Dans l'abduction, la surface articulaire humérale vient, distendant la partie inférieure de la capsule, bomber vers l'aisselle, et dans l'attitude où se trouve le bras chez notre sujet, il ne saurait en être autrement. Vous pourrez vous en assurer sur des individus normaux, et plus simplement encore en palpant le côté sain de la malade. La seule question d'attitude a donc pu donner lieu à ces erreurs, mais il suffit d'un court moment de réflexion pour ne point s'égarer.

A la vérité, chez cette femme, l'abduction présente, dans sa fixité, un caractère que nous voyons rarement aussi prononcé dans les affections articulaires, tant aiguës que chroniques.

Sans doute, on peut imprimer au bras quelques légers déplacements, mais il est aisé de reconnaître que ces mouvements se passent entre l'omoplate et le thorax, non dans l'articulation scapulo-humérale.

Celle-ci est physiologiquement supprimée, les deux os sont comme soudés l'un à l'autre, immobilisés par la contracture de tous les muscles qui entourent l'article, contracture telle qu'on peut comparer l'état de ces muscles à la rigidité tétanique. Aussi, les tentatives de mobilisation sont-elles absolument stériles. Si vous essayez de rapprocher le coude du tronc, vous déterminerez l'abaissement de l'épaule, puis l'incurvation du rachis, mais vous briseriez l'os du bras plutôt que d'obtenir l'adduction complète. L'avant-bras et la main jouissent, par contre, de tous leurs mouvements La main appliquée sur l'épaule perçoit pendant ces recherches des sortes de craquements, que la malade reproduit, d'ailleurs, à volonté.

Ces craquements ne rappellent en rien la fine crépitation, brève et sèche des fractures, Il n'y a pas lieu de supposer qu'un arrachement osseux ait pu se produire lors de l'accident. Ces bruits ne siègent pas au niveau de l'articulation, ni de l'humérus; ils se produisent contre le thorax et rentrent dans la catégorie des frottements sous-scapulaires, phénomènes qui n'impliquent nullement la nécssité de lésions matérielles.

La malade se plaint de beaucoup souffrir, et veut qu'on la plaigne. Cependant la région de l'épaule ne présente extérieurement aucune de ces modifications que l'on note dans les arthrites même légères. Ainsi, la coloration des téguments est normale, il n'y a pas de tuméfaction; la température locale n'est pas augmentée; aucun changement n'est survenu dans la configuration du moignon de l'épaule; et le deltoïde si prompt à s'atrophier dans toutes les affections de cette jointure, n'a pas subi la moindre diminution de volume. Pour continuer cette énumération négative, ajoutons que la palpation ne révèle ni collection fluctuante, ni fongosités, ni épaississement des os. Il n'y a, en un mot, rien d'anormal du côté de l'articulation, si ce n'est l'absence de mobilité.

Dans la plupart des arthrites, les moindres tentatives de mobilisation, la percussion à distance, tout ce qui amène un léger ébranlement des surfaces articulaires amène un retentissement plus ou moins douloureux du côté de la jointure. Il n'en est pas ainsi chez notre malade, car la percussion sur le coude, la traction sur le bras comme pour l'allonger, le refoulement de l'humérus vers la cavité glénoïde sont supportés sans aucune protestation, sans le moindre geste de défense, sans le plus léger pli du visage. Il est donc certain que la douleur articulaire manque totalement, ce qui est une circonstance bien singulière pour une affection qui met en cause une grande jointure comme celle de l'épaule.

Cependant, la douleur ne fait pas défaut, elle est au contraire très accusée, mais aussi très superficielle et localisée aux téguments, dont elle n'occupe qu'une étendue fort restreinte.

La zone hyperesthésique forme une bande de trois travers de doigts entourant transversalement le relief deltoïdien qu'elle ne dépasse ni en avant ni en arrière. Sa partie la plus élevée reste encore au-dessous de l'interligne. Cette hyperesthésie cutanée contraste avec l'indolence complète des parties sous-jacentes.

Ainsi, de tous les renseignements fournis par l'examen de notre malade deux seulement sont positifs.

Il existe une plaque douloureuse circonscrite et une contracture musculaire qui constitue le fait dominant, le symptôme presque exclusif. Les contractures entrent pour une part notable dans la symptomatologie de la plupart des arthrites, mais il est rare de les rencontrer à ce degré, et ce phénomène est d'autant plus extraordinaire qu'il est complètement isolé.

S'il en est ainsi, n'aurions-nous pas affaire à quelque supercherie. Nous observons de temps à autre des malade qui simulent une affection déterminée ou exagèrent considérablement celle dont ils sont atteints, soit pour se rendre intéressants, soit pour obtenir, quand ils entrevoient cette possibilité, une indem-

Digitized by Google

nité qui ne leur est point due, ou une indemnité plus élevée.

Or, la question d'argent a déjà été soulevée et débattue sans aménité au sujet de l'accident qui est à l'origine de cette singulière maladie. D'autre part, il s'agit d'une jeune nerveuse qui aime beaucoup se plaindre. Voilà double raison pour que des soupçons viennent à l'esprit.

Pourtant on peut affirmer qu'il n'y a, dans ce cas, aucune simulation, volontaire tout au moins. La volonté ne suffirait point pour maintenir les muscles dans cet état. Ils sont pour ainsi dire tétanisés. Aussi longtemps que dure l'examen, l'attitude ne varie pas. Quand la malade est seule, se lève, se promène, il ne survient aucun changement. Je l'ai moi-même observée dans la cour de l'hôpital, sans qu'elle pût se douter de ma présence, et le bras demeurait toujours au même degré d'abduction.

Il ne lui a pas échappé un seul de ces mots embarrassés, pas une de ces réponses contradictoires, qui inspirent de la méfiance et font flairer la simulation. Tout au contraire, elle paraît très convaincue de la réelle gravité de son cas, elle en est sérieusement inquiète et s'offre à subir toute opération que nous jugerions convenable.

Cette jeune fille ne nous trompe point, elle se trompe elle-même et inconsciemment.

L'articulation incriminée n'offre point de lésions appréciables, mais la malade, par voie de suggestion, a déterminé chez elle ce que l'on désigne sous le nom d'arthralgie hystérique, de contracture hystérique, d'arthropathie hystérique.

L'évolution des accidents, leur mode d'apparition, tout ce que l'affection a d'anormal et d'étrange en sont de sûrs indices, et cette impression n'est nullement infirmée par ce que nous avons pu apprendre des antécédents, ou relever par l'examen général de notre malade.

Elle a toujours été très nerveuse, sombre, bizarre, ayant des accès de larmes, des colères violentes pour les motifs les plus futiles. Cependant, elle n'a jamais eu de crises caractéristiques de la grande hystérie.

Il n'y a pas sur le corps de zones d'anesthésie ni d'hyperesthésie, à part la plaque douloureuse du moignon de l'épaule; mais le voile du palais, la luette, le pharynx sont complètement insensibles au toucher, et l'on peut y promener le doigt sans déterminer aucun réflexe.

La vue est normale, mais vous avez tous remarqué la fixité du regard.

N'y eût-il par ailleurs aucun stigmate d'hystérie, le diagnostic ne s'en imposerait pas moins sans hésitation et sans réserve.

Nous avons affaire à une contracture hystérique développée à propos d'un traumatisme. C'est un cas particulier de l'hystéro-traumatisme.

Ces faits qui ne sont pas très rares n'intéressent pas seulement les neurologistes; et le chirurgien, le médecin praticien doivent être préparés à les rencontrer et à les reconnaître pour s'éviter de graves ennuis et de désagréables perplexités. La pathologie chirurgicale chez les hystériques est, en effet, bien différente de ce qu'elle est chez les êtres normaux, et un traumatisme peut, vous le voyez, avoir dans ces conditions les conséquences les plus inattendues et les plus disproportionnées à l'intensité du choc.

Les symptômes, quand ils répondent à une réalité anatomo-pathologique, sont falsifiés, travestis ou amplifiés. Chez certains sujets, ils sont pour ainsi dire inventés de toutes pièces à propos du traumatisme et se développent sans lésion matérielle appréciable.

La contracture présentée par notre malade frappe tous les muscles destinés à mouvoir l'articulation de l'épaule — dont la suppression fonctionnelle résulte de la rigidité des muscles. C'est autour de cette jointure que les choses se passent, et bien qu'elle nous paraisse saine, il est impossible de dire qu'elle ne soit pas en cause. Cela est si vrai que l'on a proposé plusieurs diagnostics se rapportant à des lésions articulaires définies. Il est donc légitime pour rappeler ces difficultés d'interprétation, pour apprendre à éviter les erreurs que l'on pourrait commettre à cet égard, pour mieux grouper vos souvenirs, et aussi pour nous mettre d'accord avec la plupart des auteurs de désigner cette affection du nom d'arthropathie hystérique. Les mots ne disent pas toujours exactement ce qu'ils voudraient dire; et ceci en est une preuve de plus, car nous venons de désigner par ce terme de maladie articulaire une affection qui, nous l'avons admis, comporte à l'ordinaire l'intégrité de l'article. Tel quel il est préférable encore à ceux d'arthralgie ou d'arthralgésie, qui semblent impliquer le siège nécessairement articulaire de la douleur. Il existe bien, en effet, quelques cas où elle a été notée, mais s'il fallait se borner à ceux-là, l'arthralgie hystérique serait une maladie très rare ; en général, la douleur est très vive, mais superficielle et superposée aux muscles contracturés. Cependant, la douleur siégeant dans la région articulaire, le malade la rapporte à l'articulation sous-jacente et se plaint de sa jointure sans autrement spécifier. Nous pourrions donc à volonté désigner le cas qui nous occupe sous le nom d'arthralgie hystérique ou de contracture hystérique, le tout est de s'entendre. Par analogie avec la coxalgie hystérique, nous l'appellerons, si vous le voulez bien, scapulalgie hystérique.

Digitized by Google

Ces déterminations articulaires de l'hystérie sont actuellement bien connues, mais il n'y a pas fort longtemps. C'est seulement en 1837 qu'elles furent décrites par Brodie.

Depuis, il a paru sur la matière un si grand nombre de travaux, qu'il serait bien long et un peu fastidieux de vous les énumérer tous, et j'aime mieux ne pas vous donner cette preuve d'érudition. Laissez-moi vous citer cependant quelques noms qu'il ne faut pas ignorer, et tout d'abord celui de Briquet, qui écrivit en 1859 un traité de l'hystérie, plus apprécié aujourd'hui que de son vivant, puis ceux de Verneuil, de J. Paget et surtout celui de Charcot.

Tous les travaux de l'Ecole de la Salpêtrière sont clairement résumés dans le traité très complet de Gilles de la Tourette. Enfin, si vous voulez lire les leçons que le Pr Pitres a consacrées à l'hystérie, non seulement vous y puiserez les notions les plus utiles et les plus saines, mais vous éprouverez un rare plaisir à la lecture captivante de cet ouvrage remarquable.

L'hystérie articulaire n'est pas très rare sans être pourtant très commune. Les neurologistes en exagèrent volontiers la fréquence, en raison du milieu spécial où ils vivent et observent. En dehors des asiles et des services où les hystériques sont accumulées et cultivées, on n'a en réalité que peu d'occasion de les rencontrer.

Il faut que Brodie ait été singulièrement favorisé, ou qu'il se soit lui-même étrangement suggestionné pour écrire « que dans les classes élevées de la société les quatre cinquièmes des femmes qui se plaignent d'affections articulaires sont simplement atteintes d'hystérie ». Cette déclaration est reproduite depuis soixante ans sans commentaires, par tous les auteurs qui n'en marquent aucune surprise. Cependant cette assertion ne supporte pas l'examen.

L'hystérie articulaire est d'ailleurs susceptible de présenter de grandes variations dans la fréquence de ses manifestations selon le temps et le lieu; et il est possible qu'à l'époque où vivait Brodie et dans son entourage les cas fussent plus fréquents qu'autre part. Les hystériques suivent la mode dans une certaine mesure, et les manifestations de leur névrose s'adaptent aux progrès de la chirurgie.

En cela la gynécologie a fait du tort à l'hystérie articulaire, et depuis quelques années c'est surtout aux opérateurs qui agissent dans la cavité pelvienne que ces malades donnent du tourment. Les affections articulaires font moins de bruit, sont un peu oubliées, et partant les attirent moins. C'est que la suggestion joue un grand rôle dans la genèse de ces affections. L'hystérique imite les maladies qu'elle voit autour d'elle et qui la frappent plus particulièrement. A l'occasion les arthropathies hystériques reconnaissent cette pathogénie. On cite toujours ce cas très démonstratif, d'une jeune fille dont le frère était atteint d'une coxalgie. Au bout de quelque temps elle présentait une coxalgie hystérique.

La suggestion par imitation est donc un mode de développement des arthropathies hystériques, mais il est en somme exceptionnel.

Les traumatismes servent plus ordinairement de prétexte à l'hystérie articulaire. Il n'est pas nécessaire que ce traumatisme soit bien considérable. Habituellement même il est sans importance. Voyez ce qui s'est passé pour notre malade. Son cas n'est pas une exception; loin de là, dans la plupart des observations on relève seulement quelque léger choc, n'ayant même pas détermine une ecchymose, quelque mouvement dépassant la mesure, sans même qu'il en résulte une véritable entorse. Or, chez tous ces malades on note ce fait curieux d'un intervalle libre entre le traumatisme et l'apparition des accidents. C'est ce que Charcot appelait la période de méditation psychique, période préparatoire en quelque sorte.

C'est là une circonstance qu'il importe de noter expressément car elle établit que le traumatisme en lui-même n'entre pour rien dans l'affection articulaire. Il agit seulement comme agent provocateur de l'hystérie; celle-ci étant déjà caractérisée depuis longtemps ou encore à l'état larvé. Le malade obéit à la suggestion traumatique, et ce mécanisme n'est plus contesté aujourd'hui.

On peut d'ailleurs chez des sujets déterminés reproduire expérimentalement tous ces phénomènes, et Charcot a remarquablement utilisé la suggestion expérimentale pour établir clairement la genèse de ces contractures hystéro-traumatiques.

Notre jeune fille était en opportunité de contraction quand est survenu l'incident qui a servi de cause déterminante. Chez elle, il s'agit d'une localisation peu habituelle. La hanche est un siège si fréquent des manifestations articulaires de l'hystérie, que tous les auteurs sont obligés de consacrer un chapitre à part à la coxalgie hystérique. Si Charcot a pu d'après sa statistique admettre que le genou était le siège le plus commun des arthropathies nerveuses, c'est que la plupart des coxalgies hystériques sont traitées dans les services de chirurgie. Toutes les jointures un peu notables peuvent d'ailleurs être atteintes de ces arthralgies avec contractures. L'épaule, dans l'ordre de fréquence, vient bien après la hanche, le genou et le cou-de-pied. Quelques-unes de ces localisations ne sont pas encore assez connues; la tarsalgie hystérique n'est pas très rare, et certains torticolis peuvent être considérés comme des arthralgies rachidiennes hystériques.

Certains cas sont complexes, ce sont ceux aux-

Digitized by Google

quels je faisais allusions en vous parlant des lésion réelles développées chez des hystériques. Ce sont des cas mixtes ; à propos d'une affection organique, se manifestent des contractures et des douleurs hors de proportion avec celles que comporte l'état de l'articulation.

Douleurs et contracture sont dans toutes ces arthropathies les phénomènes prédominants, sinon exclusifs, et à cet égard l'histoire de notre malade diffère peu de celle de la majorité. Chez la plupart vous retrouverez en effet cette hyperesthésie très superficielle, contrastant avec l'indolence complète ou presque complète des parties sous-jacentes. Cependant la zone d'hyperesthésie est à l'ordinaire plus étendue qu'elle ne l'est chez cette femme. Elle affecte souvent une disposition géométrique, variable d'ailleurs avec l'articulation considérée, et ne répond exactement à aucune distribution nerveuse. On note qu'elle occupe habituellement les téguments qui couvrent les muscles contracturés (G. de la Tourette).

Pour la contracture, elle appartient au groupe des contractures *spasmodiques*. Chez ces sujets, elle est remarquable par son intensité, sa diffusion; elle est excessive. Ces contractures entrainent l'immobilisation dans des attitudes vicieuses, qui se rapprochent souvent d'une manière frappante de celles qui accompagnent les lésions organiques, mais il y a presque toujours quelque différence notable. Chez notre femme l'abduction est par exemple beaucoup plus prononcée quelle ne l'est dans aucune arthrite aiguë ou chronique. La manière dont elles s'établissent, la brusquerie avec laquelle elles se constituent sont encore toutes différentes de ce qu'on observe dans ces dernières affections.

Enfin, si nous avions le loisir de poursuivre longuement ce parallèle, j'aurais voulu revenir pour y insister encore sur tous les caractères négatifs énoncés plus haut, car ces constatations apportent au diagnostic un élément qui n'est nullement négligeable. La conservation de l'état général, l'absence de fièvre, d'adénopathies, de lésions pulmonaires servent encore à les différencier des tumeurs blanches, qui sont de toutes les affections articulaires celles qu'on risque le plus souvent de confondre avec les arthralgies hystériques. Vous n'ignorez point qu'un des principaux caractères des accidents hystériques, c'est d'être bien rarement isolés. La recherche des *stigmates* suffit dans un cas douteux à éviter de regrettables confusions; il ne faut donc pas négliger de faire une exploration très complète du sujet, de s'enquérir des modifications de la sensibilité, tant sur la peau que du côté des muqueuses oculaire et pharyngée, et avant de se prononcer, il n'est pas mauvais non plus de se livrer à une enquête sommaire au sujet des antécédents et des circonstances dans lesquelles la maladie a pris naissance. En procédant ainsi nous avons pu arriver, dans le cas qui nous occupe, à une quasi certitude.

Mais il s'agit d'un cas relativement simple, et il faut s'attendre à rencontrer chez d'autres malades des difficultés beaucoup plus grandes.

Et d'abord n'allez pas croire que ces accidents soient particuliers au sexe féminin. Deux fois, j'ai eu affaire à des hommes robustes, chez les quels, au premier abord, on n'aurait pas soupçonné l'hystérie. Je n'en ai été nullement surpris, car l'hystérie mâle est aujourd'hui bien connue, après l'enseignement de Charcot. Les travaux de l'Ecole de la Salpétrière ont même clairement établi la fréquence de l'hystéro-traumatisme chez l'homme. Les exemples en étaient fournis par des individus dont le physique, la profession, la vulgarité ne faisaient guère présumer l'état névropathique. Le sexe masculin ne présente à cet égard aucune immunité. Il suffit d'en être prévenu.

Mais voici des cas plus embarrassants : la maladie dure depuis longtemps déjà, l'attitude vicieuse est celle d'une maladie organique, d'une coxalgie, par exemple, les souvenirs de la malade sont moins précis au sujet du mode de début, vous trouvez la peau couverte de pointes de feu, de traces de vésicatoires, et parfois, un appareil à traction installé sur le membre malade. Les signes eux-mêmes ne sont pas toujours aussi nets que le disent les livres, principalement au sujet de la répartition de la douleur. Il est alors plus malaisé qu'on ne pourrait le croire, de dépister l'erreur, de revenir sur le mauvais diagnostic fait antérieurement et consacré par un traitement de plusieurs mois. Il arrive que l'on conserve des doutes, et c'est alors qu'il est indispensable de recourir à un mode d'exploration dont je n'ai pas eu besoin chez notre malade actuelle, à l'anesthésie générale.

Voici pourquoi : La contracture des muscles empêchant le jeu des surfaces articulaires, nous ne sommes renseignés que d'une façon imparfaite sur l'état de la jointure, sur son degré d'altération.

Dans nombre d'affections organiques, la contracture entre pour une part importante dans la symptomatologie, et il en est ainsi dans les arthrites, dans les tumeurs blanches, dans la coxalgie, en particulier. Mais quand la maladie évolue depuis un certain temps, il existe des rétractions fibreuses, des épaississements de la synoviale, des déformations des surfaces, au lieu que l'arthropathie hystérique est, en général, sans lésions appréciables. La contracture qui persiste dans le sommeil naturel, s'évanouit dans la narcose produite par les anesthésiques généraux, qui amènent la résolution musculaire. Celle-ci obtenue,

Digitized by Google

dans le cas d'arthralgie hystérique, l'article est susceptible d'exécuter immédiatement tous ses mouvements normaux, avec leur amplitude habituelle.

Ces mouvements sont au contraire limités dans le cas d'une lésion organique ayant entraîné des modifications des ligaments, de la synoviale ou des tissus qui entourent l'articulation. Pendant ces constatations on perçoit, en outre, des craquements, des frottements, indices des inégalités des surfaces articulaires et de la destruction des cartilages.

A la vérité, il n'est si bon moyen qui ne puisse induire en erreur, si l'on veut l'appliquer sans raisonnement et sans contrôle. Ainsi que l'ont fait remarquer Verneuil, Trélat, Duplay, n'est-il pas évident que dans une coxalgie, au début, la contracture peut primer tout autre symptôme, les muscles assouplis pendant l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther, permettront des mouvements très étendus; nous en avons fréquemment la preuve dans le redressement précoce des coxalgies, chez les enfants.

Il ne faut donc pas se hâter de conclure, d'après cette seule constatation, à la parfaite intégrité de l'article. Cette réserve ne s'applique pas aux cas où l'affection est déjà ancienne, et c'est surtout pour ceux-là que le doute subsiste après l'examen, chez le sujet à l'état de veille. Il est clair que, si chez un sujet dont la hanche est immobilisée depuis deux, trois, quatre ans, le chloroforme montre une liberté absolue de l'articulation, il ne s'agit point de la coxalgie vulgaire.

Mais il y a encore un point dont l'interprétation est délicate. L'arthropathie hystérique ne comporte pas de lésions articulaires, avons-nous dit.

Cela est assez généralement vrai pour qu'on puisse en faire un des caractères les plus importants de l'affection, c'est vrai au début, et même pendant des mois, parfois des années. Pourtant à la longue, chez certains sujets surviennent des troubles trophiques, du côté des téguments, qui présentent des œdèmes circonscrits, des muscles qui diminuent de volume, des os qui se raréfient et des surfaces articulaires qui se dépouillent de leur revêtement cartilagineux.

On peut alors percevoir des craquements articulaires, dont la constatation n'infirme nullement le diagnostic. Nous en avons eu un exemple, il y a quelque temps, c'était une ancienne malade du professeur Charcot, hystérique à grandes attaques.

Elle avait été soignée par lui pour une contracture douloureuse de l'épaule, pour une arthralgie comparable à celle que nous avons en ce moment dans la salle.

Elle avait guéri temporairement cinq ou six fois, et elle venait ici pour sa cinquième ou sixième rechute.

Une contracture intense, immobilisait l'épaule et il y avait de l'hyperesthésie articulaire et cutanée mais en outre de l'atrophie de la partie antérieure, claviculaire, du deltoïde.

Or, une fois endormie au chloroforme, les muscles se relâchèrent et je pus faire exécuter à l'humérus les mouvements les plus étendus; mais pendant cet examen, je perçus et fis percevoir à tous de gros frottements, rudes et secs, indices certains de l'altération des cartilages diarthrodiaux.

Dans les cas mixtes que je vous ai signalés plus haut, les difficultés sont extrêmes, soit que chez un sujet présentant une lésion matérielle déterminée d'une articulation, l'arthralgie frappe à distance une autre jointure (Cazin), soit que ses signes se superposent à ceux de la lésion réelle (forme hystéro-organique, Charcot), ou lui survivent. Je ne saurais sans allonger démesurément cette leçon, entrer dans le détail de ces cas particuliers, dont j'ai vu cependant de nombreux exemples. L'un d'eux est un des fléaux du service : c'est une malheureuse créature chez laquelle une arthropathie hystérique survit à une très légère arthrite blennorrhagique de la hanche.

Quel sera l'avenir de cette affection chez la malade qui nous occupe?

Deux circonstances me donnent bon espoir d'obtenir une guérison prochaine. La première, c'est que la contracture est encore récente, puisqu'elle ne date pas de plus d'un mois. « Une contracture qui traîne est une contracture qui se fixe ». Cet aphorisme de Charcot contient une grande partie du pronostic. Plus les choses durent, moins puissante est l'intervention du médecin. La seconde, c'est que la douleur est modérée et circonscrite à une zone de faible étendue.

Or, on a remarqué que l'intensité persistante de la douleur superficielle était d'un mauvais augure: même quand il y a amélioration ou rémission de la contracture, si l'on note encore l'hyperesthésie, la rechute est certaine.

Sauf pour les arthalgies provoquées par la suggestion chez les hystériques en état d'hypnose, ou pour celles qui sont prises tout au début et sur lesquelles nous avons tout pouvoir, il est très difficile de prédire la marche de l'affection. Elle peut se prolonger sans modification appréciable pendant plusieurs mois, plusieurs années même, puis guérir brusquement. On voit alors ces membres si longtemps raidis et immobiles retrouver subitement toute leur agilité et toute leur force.

Chez la plupart de ces malades, les muscles contractés ne subissent aucune modification notable, le jour où la volonté reprend la direction de ce département musculaire, tout se passe comme devant, il n'y a rien de changé. S'il s'est produit une diminution

Digitized by Google

des masses musculaires, en quelques jours, celles-ci reviennent à leur volume antérieur.

Le malheur est qu'on ne sait jamais quand se produira cet événement. Il survient parfois à la suite d'une attaque ou d'une émotion quelconque. Chez les personnes dont la foi est ardente et la religion très exaltée, on voit la contracture céder aux immersions dans les fontaines miraculeuses, disparaître après les pèlerinages aux sanctuaires vénérés. Le miracle que décrit Zola dans *Lourdes*, n'est pas une invention de romancier, l'observation de sa malade est rigoureusement exacte, et nous connaissons quantité d'exemples semblables. Pour n'en citer qu'un, je vous rappellerai le miracle de la Salpêtrière, qui fit du bruit il y a quelques années. — Pendant la procession du St-Sacrement, une femme vit subitement s'évanouir les contractures qui la clouaient au lit depuis plusieurs années, et put immédiatement aller à la chapelle. D'autres malades ont guéri à la suite de chutes, de terreurs vives, d'une violente émotion quelconque. On peut tout voir dans cet ordre de choses, et il ne faut s'étonner de rien.

La suggestion est le mécanisme qui détermine la levée de la contracture comme elle avait fait son installation.

Le pronostic n'offre donc aucune gravité au point de vue de la santé générale, mais il est désespérant en raison de l'incertitude où l'on se trouve au sujet de l'époque où disparaîtront les phénomènes locaux.

Si l'on songe qu'il s'agit fréquemment de jeunes filles, dont l'avenir social peut être irrémédiablement compromis par une maladie de cet ordre pour peu qu'elle se prolonge, si l'on songe, en outre, aux sacrifices pécuniaires qu'elle entraîne et aux ennuis de toute sorte qu'elle cause en s'éternisant, vous comprendrez que l'hystérie articulaire est une affection aussi sérieuse que n'importe quelle maladie réelle. C'est un très grand malheur pour les familles qui sont ainsi frappées.

Ces malades sont elles-mêmes très dignes de pitié, car elles souffrent si elles font souffrir les autres.

Il y aurait à s'arrêter encore à propos de notre cas, sur la délicate question soulevée par le médecin qui nous l'adresse. Un léger traumatisme survenu pendant le travail est à l'origine de tous ces accidents.

Tout est matière à contestation et à procès dans ces sortes de choses. Il est donc possible que le différend ne s'arrange point à l'amiable. Les pauvres gens, dans leur logique simple et brutale, croient toujours réclamer leur dû en demandant une indemnité. En principe, elle n'est point due dans le cas particulier, à mon humble avis. Cette fille a perdu plusieurs semaines, cela est vrai, elle a souffert et souffre encore, et tout cela remonte à un petit accident survenu à l'atelier. Mais c'est le terrain qui a tout fait ; un être normal aurait repris et continué son travail sans autre conséquence. Elle était en opportunité de contracture et cherchait la cause occasionnelle. Peut-elle rendre responsable de sa qualité d'hystérique l'industriel qui l'emploie ?

Les contractures hystériques laissent, le plus souvent, les muscles et les articulations dans leur intégrité, le plus souvent, mais non toujours. Chez certains malades, nous l'avons déjà noté en passant, on observe des altérations des surfaces articulaires, altérations qui sont de véritables troubles trophiques. Mais ce n'est pas tout, des attitudes vicieuses peuvent s'établir d'une façon définitive. Les muscles se rétractent ainsi que leurs tendons, de même que les ligaments et les gaines tendineuses. Ces faits ont été bien étudiés par Strauss, Charcot, Blocq, Berbez, Terrillon. Blocq incrimine surtout les tendons, qui présenteraient une « fragilité spéciale » chez quelques hystériques, sans qu'on en puisse d'ailleurs aucunement soupçonner la raison. Charcot se demandait si les arthritiques n'étaient pas prédisposés à cette complication. En réalité, nous ne savons rien de précis à ce sujet. Bornons-nous à enregistrer cette terminaison possible — véritable anomalie dans l'évolution des contractures spasmodiques.

Dans le voisinage de cet hôpital, j'en observe depuis plus de deux ans, un cas des plus nets. Il s'agit d'une personne d'une quarantaine d'années, vieille fille, excellente au fond, mais insupportable en raison de son nervosisme. C'est une hystérique à grandes attaques. Elle a de temps à autre des hémoptysies d'origine purement nerveuse, car voilà bien des années qu'elles se renouvellent sans que l'auscultation ait jamais rien révélé du côté des sommets, sans que l'état général ait cessé d'être excellent. Il y a douze ans, à la suite d'une chute, a débuté une arthralgie du cou-de-pied présentant l'aspect le plus typique. L'élément spasmodique a fini par disparaître, mais l'attitude vicieuse persiste, due à des rétractions fibreuses, ainsi que j'ai pu m'en assurer sous le chloroforme. Le pied est en équin très prononcé avec léger varus ; et seule une opération, à laquelle ma cliente ne veut d'ailleurs pas consentir et que je ne la presse point d'accepter, pourrait le redresser. Elle a de temps à autre de curieux troubles trophiques cutanés sur la jambe du côté malade. Il se produit des mortifications irrégulières des téguments qui laissent de petits ulcères très superficiels, ceux ci résistent pendant des mois à toute médication, puis se ferment au moment où l'on n'espère plus les voir se cicatriser.

A cette période, on ne peut plus dire qu'il y ait

Digitized by Google

arthralgie ou arthropathie hystérique. L'affection nerveuse est éteinte dans sa détermination articulaire, laissant un reliquat, une sorte de cicatrice diffuse, un certain état scléreux du tissu conjonctif, de quelques tendons et ligaments.

Au cours de la maladie, on ne saurait se désintéresser de cette complication tardive, mais la conduite à suivre est encore incertaine. Nous y reviendrons dans un instant.

Auparavant, il me faut vous indiquer les moyens dont nous disposons pour traiter utilement ces maladies.

Mais, tout d'abord, laissez-moi vous mettre en garde contre une erreur commune. Il ne faut pas trop tourmenter les arthropathies hystériques. Les révulsifs, dont l'application est si banale, les manœuvres violentes pour corriger les attitudes vicieuses, sont inutiles et même nuisibles. Ce qui réussit ou tout au moins ne saurait causer de dommages dans les autres affections articulaires est ici d'un usage dangereux. Il vaut mieux pécher par omission que par action. Ainsi, pas de pointes de feu, ni de vésicatoire, pas d'appareils surtout, sous peine d'aggraver la maladie, de rendre la contracture plus fixe et plus durable.

La force ne doit pas intervenir. Quand on observe l'arthralgie, tout près de son début, à l'*état naissant*, on peut en obtenir la disparition très rapide par un léger massage. Un matin je vois arriver à la consultation un jeune homme chez lequel l'arthralgie — siégeant à l'épaule — datait seulement de quelques heures, car le malade l'avait constatée à son réveil. La contracture était très intense, et le bras fixé dans une position bizarre, presque horizontalement placé, le coude en avant. Sous l'influence d'un léger massage superficiel, les muscles s'assouplirent et au bout de quelques minutes je pus ramener le membre à sa situation habituelle, et renvoyer le malade guéri. Plus tard, le massage est moins actif mais c'est toujours une bonne ressource à condition qu'il soit pratiqué avec la douceur et le soin nécessaires.

La suggestion est plus rapidement efficace chez certains sujets, soit à l'état de veille, soit à l'état d'hypnose. Tout ce qui peut frapper vivement l'imagination des malades, leur inspirer confiance, peut devenir à l'occasion un agent thérapeutique. Il faut savoir à l'occasion suivre la foi de son malade. Le jour où lui-même découvre ce qui doit le guérir, il faut le laisser faire, dût-il aller tout droit se livrer à ceux qui exploitent les reliques des saints ou les piscines miraculeuses. Au besoin même on pourrait les y encourager, quelque répugnance qu'on en puisse avoir.

L'hydrothérapie, les bromures, favorisent grandement le retour à l'état normal. Quand la maladie dure depuis longtemps, on peut craindre, dans certains cas, qu'il ne se produise des adhérences et des attitudes vicieuses permanentes,

Le Pr Duplay a grandement raison d'insister sur cette indication; en abandonnant ces malades à eux-mêmes on pourrait les voir estropiés définitivement. Il faut donc pratiquer le redressement suivi d'une immobilisation relative. L'extension continue peut aussi rendre alors quelques services.

C'est tout ce que le chirurgien peut se permettre comme intervention, tant que persistent les contractures et la douleur. Il est parfois sollicité de faire davantage, et l'on cite des opérateurs qui persécutés par des hystériques en proie aux arthralgies, ont fini par céder à leurs instances. Ils ont dû, je pense, le regretter. C'était à une époque où la question était moins bien connue, et sauf erreur de diagnostic, l'on n'entend plus parler de pareilles tentatives. Si l'affection est chirurgicale, c'est surtout à cause des méprises auxquelles peuvent donner lieu ces affections, qui empruntent en partie les signes des véritables maladies articulaires. Les reconnaître, éviter de les rendre plus graves, c'est le plus clair de notre rôle; par surcroît les traiter, et s'il se peut en obtenir la disparition.

La question est autre, quand on se trouve en présence des rétractions fibro-tendineuses posthumes à l'arthralgie. Il faut alors pratiquer toutes les sections convenables et ramener le membre à une attitude conforme aux fonctions qu'il doit remplir. Terrillon qui avait la bonne fortune d'être, à la Salpêtrière, le voisin de Charcot, a fait les premières opérations de ce genre, et en a bien précisé les indications. Il faut les entreprendre alors seulement que l'élément spasmodique a complètement disparu.

Maintenant qu'allons nous faire à notre malade et dans quelle mesure ces considérations lui sont-elles applicables. C'est une contracture récente, partant un cas favorable, d'autant plus vous disais-je que la douleur superficielle est peu étendue et relativement modérée. Cette malade a, en outre, un véritable désir de guérir. J'ajoute qu'elle a été très impressionnée par l'hôpital, où elle n'était jamais entrée; elle a en nous une confiance qui paraît très grande et qui augmente par le spectacle des opérées convalescentes d'interventions graves, qui sont couchées dans la même chambre. A tous les indices favorables déjà énumérés, joignez encore celui ci. La contracture quoique très intense est influencée par le massage superficiel, et cède partiellement, pour reparaître, il est vrai, au bout de peu d'instants. Enfin, que vous dirai-je, elle est persuadée, elle croit, elle est sûre, que je peux « remettre ce qui s'est déplacé dans son

Digitized by Google

épaule ». Je vais l'endormir au bromure d'éthyle, et j'espère que l'auto-suggestion fera le reste. Si cette tentative échoue, nous en ferons une autre ou une série d'autres sans nous décourager.

La malade endormie, il a été facile de s'assurer que l'articulation de l'épaule ne présentait aucune lésion. Une fois la résolution musculaire obtenue, on put faire exécuter au bras tous les mouvements possibles. Le réveil est très rapide avec le bromure d'éthyle. Pendant que la malade reprenait possession d'elle-même, on lui expliquait que tout était fini, on lui prouvait qu'elle pouvait mettre la main sur l'épaule du côté opposé, sur la tête, et l'instant d'après je lui commandai de refaire elle-même ces mouvements. Elle le fit immédiatement et put dès lors se servir de son bras comme elle le faisait avant l'accident.

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

Les poils de cynorrhodon

Le fruit du rosier de chien, *le cynorrhodon* ou gratte-cul, est constitué par le réceptacle accru et charnu : l'épiderme recouvre un tissu peu épais, formé d'un parenchyme jaunâtre, ferme, dont les cellules contiennent une matière colorante rouge; la couche interne est tapissée de poils très raides, au milieu desquels sont placés les carpelles attachés à ses parois : ces carpelles sont des akènes ovoïdes à parois osseuses, couverts de poils; ces derniers poils appliqués sur la peau, y causent une démangeaison insupportable, suivie de douleur, d'un léger gonflement et de points rouges qui se dissipent spontanément dans l'espace d'une heure. Ce duvet peut être employé à l'intérieur comme vermifuge; il agit, d'après Cazin, immédiatement et mécaniquement sur les vers en les piquant à la manière du *poil à gratter* que Chamberleine vantait en 1784, comme anthelminthique. Administrés à la dose de 0,15 à 0,30 c., mêlés avec un peu de miel, ces poils constituent un vermifuge que les enfants prennent avec facilité : il tue les vers lombrics et n'a aucun inconvénient. Ni les poils du *doliclos*, ni ceux du *cynnorrhodon*, en effet, ne produisent sur la muqueuse des voies digestives l'irritation qu'ils déterminent à la peau; ils agissent exclusivement sur les vers. — A. B.

Le bol blanc (argile blanche)

Le bol blanc des anciennes pharmacopées est une marne argileuse desséchée, contenant, suivant les variétés :

Carbonate de chaux ..... 10 à 50 0/0.
Argile (silicate d'alumine hydraté). 50 à 75 0/0.
Le meilleur venait de Turquie.

Sa réputation était très grande dans l'antiquité comme agent de pansement des plaies atoniques : il constituait, de plus, un excellent hémostatique.

De récents travaux dus à I. Stumpf, à Langemack, à Fischer, montrent que l'argile blanche, dans la pratique chirurgicale et gynécologique, ne le cède en rien, comme antiseptique et aseptique, aux sels organiques d'alumine et de bismuth.

L'efficacité de ce médicament simple et inoffensif dépend de la propriété qu'il possède : 1° d'absorber l'eau; 2° de former avec l'albumine et un grand nombre de matières organiques, des combinaisons imputrescibles; aussi, répandu sur une plaie, il en tarit rapidement les sécrétions, la désodorise, sans donner lieu à aucune irritation.

Pour le traitement aseptique des plaies récentes, on fait chauffer à 150° l'argile finement pulvérisée : cette poudre après qu'on l'a laissée refroidir, dans un vase couvert, est ensuite, au moyen d'un poudrier, directement répandue sur la surface de la plaie, ou bien, on en remplit de petits sacs de gaze avec lesquels on peut tamponner une région ou une cavité quelconque du corps. — A. B.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Préparation à employer dans le traitement de l'érysipèle :

Huile camphrée.....	30 cc.
Gaïacol crist..... ..	1 gramme
Menthol	1 —

(Desesquelle).

Avec laquelle on badigeonnera les parties érysipélateuses et le tissu environnant.

Solutions pour le traitement des affections choroïdiennes (M. Galezowski) :

Cyanure de Hg.....	0 gr. 30
Chlorhydrate neutre de cocaïne	0 — 25
Eau.....	275 grammes
Eau de laurier cerise.....	25 —

F. s. a. Usage externe.

Cette solution peut être employée avec un réel avantage en fomentations oculaires chaudes, répétées plusieurs fois par jour, pour combattre les choroïdites atrophiques progressives de la myopie et les atrophies choroïdiennes disséminées des goutteux.

Enfin, elle pourra être administrée dans quelques cas graves de choroïdite exsudative, en injections sous-conjonctivales.

Sirop de convallaria :

Extrait de convallaria malalis.	5 grammes
Alcoolature d'oranges douces. }	àâ 5 —
— de citron... ....}	
Sirop de sucre	175 —

Une cuillerée à café contient environ 0 gr. 20 d'extrait de convallaria. — A. G.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique. — Les caractères dont on se sert pour distinguer l'hémiplégie organique de l'hémiplégie hystérique peuvent être groupés en deux catégories : d'une part les caractères intrinsèques relatifs aux troubles de mobilité, de l'autre, les caractères extrinsèques qui se rapportent aux phénomènes concomitants, aux circonstances dans lesquelles la paralysie a pris naissance, et à la nature du terrain sur lequel elle s'est développée. M. J. Babinski a étudié l'ensemble de ces caractères distinctifs (*Gaz. des Hôp.*, 5 et 8 mai 1900).

Les caractères extrinsèques ne possèdent pas la grande importance qu'on leur accorde habituellement.

Assurément l'émotion joue un grand rôle dans la genèse des phénomènes hystériques; mais les malades sont enclins à augmenter le rôle de l'émotion, et celle-ci peut aussi bien développer une lésion organique de l'encéphale. Le jeune âge, l'absence de troubles cardiaques, la présence même de stigmates hystériques ne sont pas des preuves irréfutables de la nature hystérique d'une hémiplégie. La fièvre, l'incontinence des matières fécales, les escarres à évolution rapide ont plus de prix pour le diagnostic différentiel. Mais tous ces caractères extrinsèques sont contingents, et il faut recourir à la recherche des caractères intrinsèques pour établir un diagnostic précis.

Les caractères intrinsèques sont fournis par des troubles de la tonicité musculaire, de la contractilité volontaire et de la contractilité réflexe.

Dans l'hémiplégie organique, la paralysie faciale se présente avec les caractères suivants : Au repos, du côté paralysé la commissure labiale est abaissée, le sillon naso-labial est effacé, et à l'expiration, la joue fait saillie au dehors; quand le domaine du facial supérieur est atteint, ce qui n'est pas rare au début, les plis du front sont effacés et le sourcil est abaissé. Ces troubles dépendent d'un affaiblissement de tonicité des muscles, ce dont on se rend facilement compte en saisissant la joue entre les doigts et en lui imprimant des mouvement passifs. Cette description est opposée à celle des classiques qui admettent un élèvement de la commissure labiale et une accentuation du sillon naso-labial du côté paralysé, aspect qui ne se rencontre guère chez les anciens hémiplégiques.

Les mouvements de la face sont plus difficilement exécutés du côté de l'hémiplégie; l'action prédominante des muscles du côté sain est particulièrement apparente quand le malade parle ou rit.

La langue tirée hors de la bouche est ordinairement un peu déviée du côté de l'hémiplégie.

Enfin, la paralysie est limitée au côté hémiplégié et il y a parallèlisme entre les divers troubles de motilité volontaire.

L'évolution de la paralysie suit un ordre régulier, la contracture succédant à la paralysie flasque et les troubles de motilité s'atténuant progressivement.

Par contre, les troubles de motilité engendrés par l'hystérie sont principalement des phénomènes spasmodiques. Charcot a donné de l'hémispasme glosso-labié une description magistrale.

L'existence de la paralysie dans l'hystérie, longtemps contestée, a été admise après les publications de Ballet, de Chantemesse, de Kœnig, et bien étudiée par Babinski.

On peut observer aussi dans cette paralysie un abaissement de la commissure, mais il ne tient pas à un relâchement musculaire ; il résulte d'un soulèvement spasmodique de la commissure opposée, ou d'une contraction des muscles abaisseurs de la commissure. Jamais on n'observe l'abaissement du sourcil ni l'effacement des plis du front qui dépendent d'un défaut de tonicité musculaire. Il en résulte que ces paralysies hystériques possèdent un cachet spécial.

La déviation de la langue, parfois très accentuée, peut s'observer du côté opposé à la paralysie.

Les troubles sont rarement limités d'une manière rigoureuse à un côté de la face.

La paralysie hystérique est une paralysie systématique, et ne porte que sur un ou plusieurs systèmes de mouvements volontaires que les muscles de la face sont appelés à exécuter : chez tel malade, par exemple, les deux côtés de la face fonctionnent à peu près de la même façon dans l'acte de parler ou de siffler, tandis que le mouvement d'élévation de la commissure labiale est tout à fait impossible du côté de la paralysie.

L'évolution est capricieuse, sans règles; les troubles sont susceptibles de s'atténuer ou de s'aggraver à plusieurs reprises, parfois d'un instant à l'autre.

Enfin, M. Babinski a décrit dans la paralysie organique le signe du peaucier du cou qui est dû à une parésie du peaucier du côté malade, apparaissant dans les mouvement synergiques que les peauciers sont appelés à accomplir (ouverture de bouche toute

Digitized by Google

grande, flexion forcée de la tête, mouvements de déglutition, etc.) et se manifestant par la prédominance d'action du muscle du côté sain dont les fibres deviennent très apparentes. Ce signe manque habituellement dans l'hémiplégie hystérique.

Les caractères différentiels des paralysies des membres ne sont pas moins importants. L'affaiblissement de la tonicité musculaire se manifeste par un abaissement de l'épaule ainsi que par une chute du pied et de la main : lorsque les jambes sont pendantes, l'angle que forme le pied avec la jambe est plus grand du côté paralysé; l'avant-bras peut être fléchi sur le bras plus fortement du côté paralysé, phénomène surtout important lorsqu'on l'observe à droite.

Le mouvement de flexion combinée de la cuisse et du tronc, produit, suivant Babinski, par un défaut d'immobilisation de la cuisse à cause de la parésie des extenseurs, s'observe exclusivement dans l'hémiplégie organique : lorsque, étendu sur un plan résistant horizontal, les bras croisés sur la poitrine, le malade fait un effort pour se mettre sur son séant, la cuisse du côté paralysé se fléchit sur le bassin, et le talon se détache du sol, tandis que du côté normal, le membre inférieur reste allongé et collé au sol, et l'épaule se porte en avant. Le phénomène se produit en sens inverse lorsque le malade cherche à reprendre sa position primitive.

L'état des réflexes tendineux fournit des caractères distinctifs importants. Habituellement, dans l'hémiplégie organique, les réflexes tendineux, quel que soit leur état au début, s'exagèrent vers la quatrième semaine, et cette exagération s'accompagne de trépidation épileptoïde du pied et même de la main, dans l'hémiplégie hystérique, la plupart des auteurs admettent que les réflexes tendineux peuvent être aussi diminués ou exagérés et qu'on peut même voir de la trépidation épileptoïde. Mais Babinski soutient que l'hémiplégie hystérique n'exerce aucune action sur les réflexes tendineux, que l'exagération des réflexes n'est qu'apparente, et que le mouvement observé se compose de deux éléments : un réflexe tendineux légitime normal, et un réflexe tendineux illégitime, d'origine psychique qui détermine un mouvement beaucoup plus étendu. Généralement, la simple observation suffit pour distinguer ces deux phénomènes : le temps perdu entre la percussion et la réaction est d'une durée excessive; le réflexe peut être provoqué par la percussion d'une région voisine du tendon. En résumé, l'absence de modification des réflexes, l'absence d'épilepsie spinale vraie peuvent être considérés comme une règle dans l'hémiplégie hystérique.

Les réflexes cutanés (abdominal, crémastérien) du côté paralysé sont souvent abolis dans l'hémiplégie organique. Ils ne sont pas modifiés dans l'hémiplégie hystérique, à moins qu'il n'y ait hémi-anesthésie.

La recherche du phénomène des orteils signalé par Babinski est particulièrement importante : A l'état normal, chez l'adulte, l'excitation de la plante du pied provoque, entre autres mouvements reflexes, une flexion des orteils sur le métatarse et jamais d'extension; lorsqu'il y a une perturbation dans le système pyramidal, l'excitation de la plante du pied donne lieu à de l'extension des orteils, en particulier du gros orteil. Ce phénomène qui existe dès le début de l'hémiplégie organique, manque constamment dans l'hémiplégie hystérique.

La contracture de l'hémiplégie organique a un aspect différent de celui que présente la contracture de l'hémiplégie hystérique Au membre inférieur, la contracture organique force le malade à marcher en fauchant, tandis que l'hystérique traîne son pied sur le sol. Au membre supérieur, la griffe de l'hémiplégie organique est très particulière. Si on glisse sa propre main entre les doigts et la paume de la main du malade, et qu'on étende la main de celui-ci, on éprouve une résistance élastique avec trépidation légère, en même temps que la main du malade se ferme et serre les doigt de l'observateur. Babinski n'a jamais observé cette contracture dans l'hémiplégie hystérique : la contraction volontaire des muscles peut reproduire exactement la contracture hystérique, tandis que la contracture organique ne pourrait être que très imparfaitement simulée.

L'évolution de la paralysie des membres est aussi différente dans la paralysie organique et dans l'hystérique.

Dans la première, la marche est régulière, la contracture succède à la flaccidité, l'amélioration est progressive, et la paralysie n'est pas sujette à des alternatives; dans la seconde, l'évolution est capricieuse, la paralysie peut rester indéfiniment flasque ou bien être spasmodique dès le début, ou encore marquée par des rémissions transitoires, qui ne durent parfois qu'un instant : on les constate en maintenant soulevé à une certaine hauteur pendant quelques instants le membre paralysé ; le poids semblera en varier, s'il s'agit d'une paralysie hystérique.

Les caractères différentiels de la paralysie hystérique relèvent de la cause toute spéciale de ce genre de paralysie. La paralysie hystérique a pour origine la suggestion ou l'auto-suggestion et, comme telle, ne porte que sur les mouvements conscients et subconscients, elle manque habituellement dans les mouvements associés qui s'exécutent inconsciemment; d'autres fois elle est systématique : ce n'est pas un muscle ou un groupe musculaire qui est paralysé c'est une fonction qui est abolie.

Ajoutons, enfin, que les paralysies organiques tirent dans certains cas, de leur localisation spéciale

Digitized by Google

(syndrome de Millard-Gubler, syndrome de Weber), des caractères tout particuliers que ne peuvent simuler les paralysies hystériques. — E. L. M.

La somnolence des ictériques. — En étudiant les complications nerveuses de la cholémie, nous avons été frappés par la fréquence de la somnolence chez les ictériques. Les auteurs, comme Murchison, Léopold Lévi, qui avaient signalé la possibilité d'une somnolence spéciale *« ab hepate laeso »*, la considéraient comme un symptôme rare, et ne prenant de l'intérêt que dans les cas où elle devenait extrême (narcolepsie ou coma hépatique).

D'après ce que nons avons observé, il ressort, au contraire, que la *somnolence simple* constitue un des symptômes les plus habituels de certaines formes de cholémie et, en particulier, des angiocholites et de la cirrhose hypertrophique biliaire. Il s'agit de malades qui dorment bien la nuit et restent couchés dix à onze heures. Au réveil, ils paraissent dispos, mais aussitôt leur repas de midi, ils sont pris d'une tendance invincible au sommeil et ils s'endorment dès qu'ils sont assis. Les plus énergiques ne peuvent résister que grâce à de grands efforts, et ils restent somnolents, incapables de travail intellectuel jusqu'à ce qu'enfin ils aient cédé au sommeil.

Ces caractères de la *somnolence ictérique* la rapprochent beaucoup de celle que l'on observe chez certains dyspeptiques : l'examen physique et fonctionnel de l'etomac de nos malades nous a permis de rejeter cette pathogénie.

Le fait que les malades atteints d'angiocholite ou de cirrhose biliaire sont plus sujets que les autres hépatiques, à cette somnolence, nous avait fait supposer que, peut-être, il fallait tenir compte de l'intervention de la toxine coli-bacillaire dont la puissance somnigène n'est pas douteuse : or, le fait que des ictériques chez lesquels on peut éliminer toute idée d'infection présentent cette somnolence, suffit à nous éloigner de cette hypothèse.

C'est par l'insuffisance hépatique que l'on a coutume d'expliquer la somnolence et la narcolepsie hépatique, aussi avons-nous examiné avec soin le chimisme hépatique de nos malades. Or, de nos observations, il résulte que les malades qui présentent les symptômes de la *petite somnolence hépatique* — toutes réserves faites pour la narcolepsie et le coma — n'ont aucun signe d'insuffisance hépatique.

Nous croyons donc que c'est la cholémie, c'est-à-dire la présence des éléments de la bile dans le sang, qui explique la production de la somnolence. La quantité de pigments en circulation ne semble pas jouer le rôle primordial, car certains de nos somnolents résentaient un ictère minimum acholurique. Que si l'on nous objecte que tous les ictériques ne sont pas somnolents, nous pourrons répondre que tous n'ont pas de prurit, et l'on ne nie pas cependant le rôle des pigments et sels biliaires dans la production du prurit : cholémie d'une part, prédisposition nerveuse d'autre part, expliquent à notre avis la pathogénie de la somnolence des ictériques. — A. Gilbert et J. Castaigne. — (*Soc. Biol*).

L'embolie de l'artère pulmonaire. — L'embolie de l'artère pulmonaire se trouve de temps en temps sur la table d'autopsie, mais en clinique il est rarement possible d'en faire le diagnostic; le plus souvent on ne constate qu'une mort subite, sans phrase; parfois, quand le caillot lancé dans l'artère pulmonaire est petit, on assiste à une syncope, avec ou sans accidents convulsifs, de l'oppression, de la cyanose, de l'affaiblissement du pouls et à de la réfrigération des extrémités; quand ces accidents sont conjurés, l'existence d'un infarctus pulmonaire permet de leur attribuer leur véritable signification, surtout quand le malade est atteint d'une maladie embolisante, telle qu'une phlébite, un rétrécissement mitral, une thrombose cardiaque, etc. M. Drasche a observé un cas de ce genre (*Wiener Klin. Wochenschrift*). Une malade de 68 ans, non artérioscléreuse, mais atteinte de phlébite variqueuse fut prise subitement, pendant la visite, d'une syncope avec râle trachéal, cyanose, convulsions; à l'examen on trouva son pouls faible, à 150; on sentait à la base de son cœur, indemne de toute manifestation morbide quelques minutes auparavant, un frémissement violent; à l'auscultation, on constatait au même endroit un souffle rude, prolongé, occupant toute la systole et une partie de la diastole. Subitement, le bruit et le frémissement disparurent de nouveau, et seuls des bruits purs et sourds persistèrent. Deux heures plus tard la malade avait complètement repris ses sens et ne se plaignait que de lassitude. Mais dans la nuit elle mourut si rapidement d'un accès de suffocation que le médecin de garde ne put plus que constater le décès.

M. Drasche fit le diagnostic d'embolie du cœur droit par un caillot ayant obturé pendant quelque temps l'orifice tricuspidien, caillot qui avait été entraîné de là dans une branche de l'artère pulmonaire qu'il avait bouchée incomplètement; après l'obturation complète la mort était survenue. L'autopsie confirma ce diagnostic de la façon la plus formelle, en décelant dans la branche gauche de l'artère pulmonaire un thrombus enroulé de un centimtère et demi de circonférence, et un autre dans le tronc de l'artère pulmonaire de quatre centimètres. Ces caillots provenaient de la veine iliaque droite obturée par thrombus à surface déchiqueée. — Bd.

Digitized by Google

La mensuration de la tension capillaire chez l'homme. — Von Basch vient de publier une première série de chiffres représentant la tension du sang dans les capillaires, qu'il a mesurée à l'aide d'un appareil nouveau *(Wiener Klin. Rundschau)*. Cet instrument consiste en une petite boîte à forme d'entonnoir ou de marmite renversée, dont le fond est formé par une lame de verre. La boîte est reliée d'un côté avec un manomètre, de l'autre avec une poire. Pour le faire fonctionner on colle la petite boîte avec son côté ouvert sur le doigt du malade à l'aide d'un peu de colle forte séchant rapidement. On appuie sur la poire jusqu'à ce que la peau rose devienne pâle, ce qui se produit au moment où la tension de l'air comprimé dépasse celle du sang dans les vaisseaux capillaires. On observe alors le manomètre. Les chiffres absolus varient entre 20 millimètres et 57 millimètres. Ils ne sont pas parallèles à la tension artérielle. Le rapport entre la tension artérielle et entre la tension capillaire est le *quotient vasculaire*. Ce quotient a varié chez les sujets examinés par von Basch entre un minimum de 14, trouvé chez un asystolique l'avant-veille de sa mort, et entre un maximum de 77, relevé chez un artérioscléreux avec insuffisance aortique et hémiplégie. Les chiffres chez ces deux malades sont :

$$\frac{\text{Tension artérielle}}{\text{Tension capillaire}} = \frac{70}{48} \text{ et } \frac{170}{22}$$

En général les quotients les plus bas proviennent de phtisiques, de grippés, de cachectiques, de neurasthéniques. Les plus élevés ont été recueillis chez des porteurs d'insuffisance aortique, de tuberculose pulmonaire et de pleurésie sèche. L'anémie capillaire accompagne plutôt les quotients élevés, la stase capillaire les quotients bas. — Bd.

Symptomatologie insolite d'un anévrysme de l'aorte descendante. — Un professeur de 43 ans présenta tous les symptômes d'un ulcère de l'estomac (pyrosis, vomissements, douleurs), qui s'amendèrent à la suite du traitement. Trois ans plus tard, survint une bronchite diffuse, de l'emphysème pulmonaire très marqué, du stridor avec une zone de diminution de la respiration à gauche. On pensa à une compression de la bronche gauche par une tumeur ou par des ganglions, mais la radioscopie ne révéla rien. Puis la respiration diminua aussi du côté droit, et la déglutition des bols alimentaires s'accompagna d'accès de suffocation. Des douleurs fulgurantes dans les jambes vinrent encore compliquer ce cortège symptomatique. Enfin, le malade succomba dans un accès de suffocation (*Münch. med. Wochenschrift*).

A l'autopsie, Lenzmann trouva un anévrysme de l'aorte descendante enclavé entre la colonne vertébrale et le cœur ; il mesurait 12 centimètres de diamètre. Les deux bronches étaient comprimées, surtout celle de gauche. Le pneumogastrique était tout à fait aplati entre la poche anévrysmatique et la bronche. L'œsophage était refoulé à droite et enserré entre l'anévrysme et la bronche droite ; chaque fois qu'un bol alimentaire y passait, celle-ci était comprimée, ce qui explique les accès de suffocation. L'estomac était sain ; les douleurs et les troubles de sécrétion étaient attribuables à la compression du vague. La bronchite et l'emphysème dépendaient de la stase sanguine et de la compression des poumons. Enfin, les douleurs fulgurantes provenaient de ce que l'anévrysme avait corrodé les vertèbres et comprimait la moelle. — Bd.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement des affections congénitales du cœur. — Dans les affections congénitales du cœur, bien que les lésions orificielles soient très serrées, la gène circulatoire est cependant moindre que dans les lésions acquises ; cela tient à ce que, pendant la vie intra-utérine, il s'est établi des voies de dérivations pour le courant sanguin qui permettent une facile compensation.

L'hyperglobulie qui est habituelle chez ces malades est un moyen de lutter contre la difficulté de l'hématose.

La médication s'efforcera donc, ainsi que M. E. Weill *(Archives de médecine des enfants,* février 1900) le conseille, de favoriser l'hyperglobulie par l'emploi des ferrugineux, de l'arsenic, des préparations d'hémoglobine, des lavements ou des injections de sang défibriné. Les stimulants généraux de la nutrition, la vie au grand air, les stations d'altitude moyenne de 600 à 1.000 mètres, ensoleillées et préservées des vents froids ainsi que de l'humidité, les frictions sèches sur les téguments, le massage méthodique, la gymnastique suédoise seront utiles pour favoriser la circulation musculaire. L'hydrothérapie ne devra être employée qu'avec réserve.

Enfin on pourrait stimuler l'activité des organes hématopoïétiques en faisant ingérer des extraits de moelle osseuse ou de rate. On cherchera à augmenter la provision d'oxygène par des bains d'air comprimé, des respirations d'oxygène ou d'ozone.

De temps en temps surviennent des crises de cyanose, de dyspnée et de palpitation. On les préviendra en évitant toute émotion, tout effort. Si elles s'accompagnent de collapsus, on maintiendra le malade au lit, on appliquera des révulsifs sur la région précordiale, on donnera des stimulants diffusibles : injection sous-cutanée de caféine, d'éther, d'huile cam-

Digitized by Google

phrée ; on fera inhaler de l'oxygène, du nitrite d'amyle. Toutefois, on sera prudent avec les révulsifs car les tissus, mal nourris, sont peu résistants, et des complications inflammatoires et ulcéreuses pourraient survenir.

Contre les palpitations violentes, on donnera du bromure de potassium, des toniques du cœur : digitale, strophantus, caféine.

La toux sera calmée par des inhalations sédatives d'iodure d'éthyle, de pyridine, de quinoléine ou par les opiacés, la belladone, le bromoforme, l'antipyrine. L'asystolie nécessite les mêmes méthodes de traitement que dans les affections cardiaques acquises, — E. L. M.

CLINIQUE INFANTILE

De l'infection des glandes sous-maxillaires chez les nouveau-nés. — Cette affection ne s'observe que rarement chez le nouveau-né, c'est une inflammation suppurative plus ou moins aiguë des glandes de la région sous-maxillaire. D'après le docteur Chassaude-Baroz (*Th. Paris* 1899) les causes sont locales ou générales. Aux premières se rattachent les traumatismes accidentels, obstétricaux, et les traumatismes pathologiques provoqués par la présence de calculs dans les canaux excréteurs, l'inflammation propre de la glande (oreillons), les affections de voisinage, adéno-phlegmon, grenouillettes, angine de Ludwig, affection de la cavité buccale.

Parmi les causes générales, il faut noter : les fièvres éruptives, les maladies infectieuses, les septicémies, les pyohémies ; les états infectieux chroniques : cachexie, athrepsie, syphilis, scrofulo-tuberculose, rachitisme, etc.

L'infection se fait le plus souvent par le canal de Warthon; plus rarement par les vaisseaux lymphatiques ou sanguins. Les microbes sont le streptocoque et le staphylocoque.

La cause déterminante, d'après Chassaude-Baroz, serait la dystrophie glandulaire.

L'affection aboutit à la suppuration et lorsque à cet état local s'ajoute un état général grave, la terminaison est souvent mortelle.

Comme traitement, l'auteur recommande l'expression employée dans la galactophorite ; il faudra parfois faire plus, ouvrir au bistouri, laver et drainer

OBSTÉTRIQUE

Des hernies ombilicales congénitales. — D'après M. Hallet (*Rev.. de gyn.*, 1900), les enveloppes des hernies ombilicales congénitales sont constituées par l'amnios et le péritoine, séparés par une couche de gélatine de Warthon.

Les hernies embryonnaires de l'ombilic sont dues à la non-fermeture de l'ombilic cutané, maintenu ouvert par la présence d'anses intestinales ou de foie.

Le canal omphalo-mésentérique peut persister anormalement après le troisième mois de la vie intra-utérine et maintenir en dehors de l'abdomen l'anse intestinale sur laquelle il s'insère. La fossette ombilicale se distend au fur et à mesure que l'intestin s'accroît et forme la cavité herniaire. Des anomalies dans le développement du foie peuvent aussi maintenir l'anneau ombilical largement ouvert et donner naissance à une exomphale embryonnaire.

Il faut toujours intervenir dans ces hernies, à moins que l'enfant ne soit pas viable, soit parce qu'il est né avant terme, soit parce qu'il est porteur d'autres malformations incompatibles avec la vie; l'abstention est également la règle lorsque l'éventration est trop considérable.

Il ne faut pas attendre, pour intervenir, la péritonite consécutive au sphacèle des enveloppes, mais opérer le plus tôt possible après la naissance. L'opération rationnelle est la cure radicale à moins qu'on ne se trouve dans de trop mauvaises conditions.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Leucocythémie. — M. Cornil communique l'autopsie d'un cas de leucocythémie non diagnostiquée pendant la vie. La rate pesait 10 kilogr., et était remplie, ainsi que le sang, de cellules à myeloplaxes provenant de la moelle osseuse. Les vaisseaux capillaires du foie étaient infiltrés des mêmes cellules. Les myeloplaxes de la moelle osseuse étaient beaucoup plus nombreux qu'à l'état normal. Cette constatation montre que les myeloplaxes contenus dans le sang, la rate, le foie, tiraient leur origine de la mœlle osseuse.

La plus grande partie de la séance est consacrée à la lecture des rapports sur les concours des prix de l'Académie. *(6 novembre.)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Des ictères acholuriques simples. — MM. Gilbert et P. Lereboullet.—Sous le nom d'ictère acholurique simple, on doit entendre un état pathologique caractérisé par une teinte jaunâtre plus ou moins marquée de la peau, prédominant en certains points du tégument ou généralisée, sans élimination de pigment biliaire dans les urines, mais avec présence constante de ceux-ci dans le sérum sanguin.

Cet ictère acholurique se distingue par son caractère familial et héréditaire, et par sa parenté avec les diverses formes de l'infection biliaire chronique (lithiase biliaire,

Digitized by Google

cirrhoses biliaires, ictères spléno-mégaliques, etc...); celles-ci se retrouvent chez les ascendants ou coexistent chez le même malade. Mais sous le nom d'ictère acholurique simple nous n'étudions que les cas où l'ictère acholurique existe à l'état isolé, sans précéder ou accompagner ces autres modifications de l'infection biliaire chronique. La prédisposition héréditaire apparaît surtout marquée dans la race israélite, tant pour l'infection biliaire chronique que pour les auto-infections en général.

L'ictère acholurique simple dont le début est indéterminé et remonte à la naissance, a pour symptômes essentiels la teinte jaunâtre du tégument, d'ailleurs sujette à des variations sous certaines influences, la présence constante des pigments biliaires dans le sérum, souvent variable dans son intensité, l'absence de pigments biliaires dans les urines, l'absence de troubles objectifs notables du côté du foie et de la rate. Souvent l'on ne constate pas d'autres caractères, et l'ictère acholurique auquel le malade ne prête pas attention le plus souvent, reste presque latent (forme commune).

D'autres fois l'ictère acholurique amène à sa suite un ensemble de symptômes consécutifs qui peuvent avoir une prédominance marquée dans le tableau clinique. Du côté de la peau on peut observer de fréquentes poussées d'urticaire; on note souvent le xanthélasma qui doit être considéré comme consécutif à l'ictère, alors même que celui ci a disparu complètement.

Les troubles dyspeptiques sont fréquents et donnent naissance à la forme dyspeptique. Dans d'autres cas les symptômes nerveux prédominent et on peut observer des somnolences, une forme neurasthénique, une forme hystérique. Des hémorrhagies abondantes (épistaxis profuses, menorragies, etc.) peuvent accompagner l'ictère acholurique (forme hémorrhagique), enfin apparaissent souvent des douleurs articulaires, musculaires ou osseuses (forme rhumatismale). La prédominance de ces symptômes secondaires peut les faire considérer à tort comme primitifs. Parfois aussi on peut, en présence d'ictère acholurique, porter le diagnostic erroné de chlorose (fausse chlorose d'origine ictérique). L'examen du sérum permet d'affirmer le diagnostic.

Cet ictère, qui rappelle certains des traits assignés des anciens au tempérament bilieux, semble relever d'une infection chronique légère des voies biliaires, favorisée par la prédisposition héréditaire à l'infection des voies biliaires (diathèse biliaire). Cette infection biliaire chronique s'accompagne d'un léger degré de cholémie suffisant pour amener l'imprégnation jaunâtre des téguments, insuffisant pour entraîner une cholurie. Son pronostic, malgré sa durée indéfinie, serait extrêmement bénin, si les sujets qui en sont atteints ne semblaient particulièrement prédisposés à réaliser ultérieurement des infections biliaires chroniques plus sérieuses (lithiase ou cirrhose biliaire), parfois sous l'influence d'une maladie intercurrente.

Le régime lacté intégral ou mitigé suivant les cas, les eaux minérales alcalines, constituent la base du traitement de cette affection, pour laquelle le médecin est d'ailleurs rarement consulté. *(2 novembre.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Plaie pénétrante du crâne par coup de revolver, extraction du projectile, guérison. — M. Walther. Cette observation, présentée par M. Morestin, a trait à un homme de 38 ans, qui se tira dans la tête 3 coups de revolver. M. Morestin le vit le lendemain matin; deux projectiles étaient logés sous la peau, mais le troisième avait pénétré dans le cerveau. Par une large incision des tissus jusqu'au temporal, il put extirper les deux premiers; une couronne de trépan fut appliquée au niveau de la plaie osseuse; la dure-mère était perforée, la substance cérébrale broyée. Par cette voie, il alla à la recherche de la balle, qu'il trouva dans la partie antérieure du lobe sphénoïdal réduit en bouillie. Avec une pince de Kocher, il put saisir le projectile et l'extraire. Deux mèches de gaze assurèrent le drainage des foyers. La guérison se fit sans incident.

M. Reynier. — M. Morestin a été très heureux de retirer ainsi cette balle, quoiqu'il ne se soit pas entouré de toutes les garanties nécessaires pour en fixer exactement le siège. On ne doit pas oublier que les balles fusent quelquefois très loin de leur point d'entrée, et qu'il peut être fort difficile de les saisir, alors même qu'on en a la perception exacte, à cause de leur mobilité au milieu de la substance cérébrale si molle.

M. Delens. — L'emploi de la radiographie est indispensable pour la localisation et la recherche du projectile.

M. Monod. — En l'absence de symptômes cérébraux, il faut s'en tenir aux manœuvres très simples nécessitées par la désinfection de la plaie.

M. Schwartz. — Pour les cas immédiats, il faut attendre après avoir désinfecté la plaie. Lorsqu'il y a des accidents secondaires, il faut intervenir, mais seulement après radiographie.

M. Delorme pense que l'on doit aller, à l'aide d'une large brèche osseuse, à la recherche du projectile aussitôt après l'accident, mais à condition d'être exactement fixé sur sa localisation.

M. Championnière. — Doit-on aller au-delà de la région sous-jacente à la paroi crânienne que tout traumatisme du crâne fait un devoir d'aborder? Si l'on a pas de guide sûr, et la radiographie n'en est pas un, il ne faut pas aller profondément, sous peine d'augmenter les lésions.

M. Tuffier. — Il faut séparer les interventions immédiates des interventions consécutives, elles ne se font pas dans les mêmes conditions. Dans l'intervention immédiate, on se borne à nettoyer la plaie, la désinfecter, enlever les esquilles et le corps étranger, s'il se présente. La radiographie nécessite des manœuvres trop complexes chez un blessé de ce genre, pour être faite. Elle ne reprend tous ses droits que dans l'intervention consécutive et radicale. Dans ce cas l'appareil de Contremoulin est d'une grande utilité pour la localisation du projectile.

M. Guinard. — La balle n'est rien, le trajet est tout. L'important n'est pas de trouver la balle, c'est de nettoyer et de drainer le trajet. C'est pour cela qu'il faut agrandir l'orifice osseux, ce

Digitized by Google

qui permet d'évacuer parfois des cheveux, des esquilles, des corps septiques retenus derrière la perforation. De cette façon, le blessé est mis à l'abri des phénomènes d'infection secondaire. Plus tard il sera possible de retirer le projectile dans de meilleures conditions.

Luxation ancienne du coude. — M. Le Clerc, de Saint-Lô, communique son cas de luxation du coude en arrière, datant de trois mois, irréductible par les moyens ordinaires, qu'il est parvenu à guérir par l'arthrotomie ; résultat fonctionnel presque parfait.

Appendicite opérée à froid — M. Guinard présente une femme, sujette à des crises d'appendicite avec diarrhée, à laquelle il résèqua l'appendice. Celui-ci, long de 12 centimètres, contenait un tricocéphale vivant à son extrémité. *(7 novembre).*

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies de l'estomac (diagnostic et traitement), par A. Robin, de l'Académie de médecine. Paris, 1900. J. Rueff, éditeur. Vol. grand in-8° de 527 pages.

Le Dr Robin entreprend une œuvre importante, fruit de ses nombreuses observations sur les maladies de l'estomac. Cet ouvrage comprendra trois fascicules dont le premier vient de paraître (technique de l'exploration gastrique, diagnostic et traitement des dyspepsies). Le deuxième fascicule comprendra les « retentissements des dyspepsies sur les divers organes et les réactions stomacales des maladies locales et générales. » Le troisième et dernier fascicule sera consacré à l'étude des gastrites chroniques, de l'ulcère, du cancer et des autres maladies de l'estomac.

Le premier fascicule que nous avons à présenter aux lecteurs, est d'un très grand intérêt pratique, et pour montrer ses tendances, son esprit et son utilité, nous n'avons qu'à reproduire ces quelques lignes qui sont presque une profession de foi :

« Le praticien n'a que faire des conceptions doctrinales; son seul objectif est de soulager ou de guérir le malade qui se confie à lui. Il ne demande pas non plus qu'on lui énumère toutes les médications et tous les médicaments que d'innombrables auteurs ont proposés contre telle maladie, mais bien qu'on lui indique ceux qui méritent d'être conservés, comment ils agissent, et quels résultats ils donnent. Pour répondre à ces questions, on ne peut pas se contenter de recherches bibliographiques, ni de l'exposé de l'expérience des autres; il faut résumer les enseignements de sa pratique personnelle, et faire bénéficier le lecteur aussi bien des succès que l'on a obtenus que des erreurs que l'on a commises. En d'autres termes, dire ce que l'on a observé, en se gardant des hâtives généralisations. »

A cette profession de foi, à ce programme, le savant clinicien et thérapeute de l'hôpital de la Pitié est resté invariablement fidèle dans toutes les pages de ce beau volume qu'il faut lire. Il proteste avec raison contre les médications systématiques : l'une voyant des dilatations gastriques un peu partout et consistant à favoriser la rétraction de l'estomac; l'autre basée sur « un fait chimique de convention » et consistant à saturer l'acide de l'estomac quand il y en a trop, ou à prescrire de l'acide quand il n'y en a pas assez. Cette méthode, comme la précédente, a le mérite de la simplicité et de l'absolutisme. Malheureusement, appliquée au traitement des dyspepsies, ces deux méthodes sont encore inférieures aux anciennes médications symptomatiques de Beau, Trousseau et Chomel. « La maladie ne varie pas comme les doctrines; voilà pourquoi aucune médication exclusive n'a réussi à s'imposer d'une manière définitive. Quand il y avait derrière la dyspepsie un élément inflammatoire, on réussissait avec la thérapeutique antiphlogistique de Broussais. Quand il s'agissait d'une prédominance douloureuse, les narcotiques faisaient merveille. »

Nous recommandons la lecture de la « *dyspepsie hypersthénique* », de la *dyspepsie hyposthénique* », des *fermentations gastriques* au double point de vue de la clinique et de la thérapeutique, et nous sommes assurés que les praticiens nous sauront gré de leur avoir signalé un livre vraiment remarquable par la clarté de son exposition, par l'observation exacte des faits, par l'interprétation pathogénique de la médication. Je l'ai lu avec le plus grand intérêt, et je suis très heureux d'adresser à M. A. Robin mes plus sincères félicitations avec mes remerciements pour le plaisir que cette lecture m'a causé. — H. Huchard.

Les maladies qu'on soigne à Berck-sur-Mer (abcès froids, adénites, ostéites, tumeurs blanches, coxalgies, mal de Pott, scoliose, luxation congénitale de la hanche, pied bot, etc.), par le Dr Calot. Paris 1900, 1 vol. 450 p. Chez Masson.

L'auteur a placé au début de son livre la maxime suivante : *Aux tuberculoses fermées, la guérison est sûre :* « ouvrir les tuberculoses (ou les laisser s'ouvrir), c'est ouvrir une porte par laquelle la mort entrera trop souvent ». Il le démontre d'ailleurs surabondamment dans les pages qui suivent.

Dans différents chapitres, il étudie successivement le traitement des abcès froids, des adénites, des ostéites, des tumeurs blanches, de la coxalgie, du mal de Pott.

Il montre que dans les tuberculoses externes le meilleur moyen d'éteindre le foyer bacillaire c'est de le conserver fermé, afin d'éviter toute infection secondaire. On s'adressera donc aux injections modificatrices, qui faites à temps et suivant une bonne technique amèneront le plus souvent la guérison.

Dans une seconde partie, M. Calot étudie les maladies non tuberculeuses de l'enfance qu'il a pu traiter à Berck : les vices de conformation, les déformations acquises, la scoliose, la luxation congénitale de la hanche, le pied bot, la maladie de Little, le rachitisme.

Le traitement de toutes ces affections est exposé d'une façon très claire et très pratique ; aussi ce livre sera des plus utiles au public médical qui lui fera certainement bon accueil.

Le Mont-Dore et ses eaux minérales, par le Dr Em. Emond. 4e édit., chez Baillière et fils. 1900.

Le petit volume que nous présentons à nos lecteurs, est une de ces monographies que nous réclamons pour nous orienter sur les ressources, le mode d'action, les indications des stations hydrominérales. Le Mont-Dore est une station très active et il faut se garder d'y envoyer des malades auxquels il n'est pas approprié ; il ne faut pas non plus en priver ceux qu'il peut guérir. Après la lecture du travail de M. Emond l'incertitude n'existe plus, le lecteur est renseigné et orienté, et c'est ce qui explique pourquoi ce livre en est à sa 4e édition. — Bd.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Une voie nouvelle de la médecine : la découverte des poisons cellulaires ou cytotoxines

Par le Dr LOUIS RÉNON
Médecin des Hôpitaux de Paris (1)

Je vais vous parler aujourd'hui des poisons cellulaires ou cytotoxines. Leur découverte constitue un des plus grands progrès de la médecine dans ces dernières années ; la pathologie cellulaire, la pathologie générale et la thérapeutique peuvent s'en trouver profondément modifiées Leur connaissance date de deux ans à peine, et déjà s'ouvre à la médecine une voie toute nouvelle. C'est à l'Institut Pasteur que ces travaux ont vu le jour pour la plupart, édifiés par M. Metchnikoff et ses élèves, MM. Bordet, Delezenne, Besredka et Cantacuzène.

La découverte des poisons cellulaires naturels, d'origine animale, date de l'époque déjà lointaine où l'on pratiquait sur l'homme la transfusion du sang de mammifères ; le mouton servait souvent à cette opération, et toujours les accidents les plus graves, généralement mortels, en furent la suite. La mort était provoquée par la coagulation du sang dans les vaisseaux, par les infarctus pulmonaires, et l'on put voir qu'en pareil cas les hématies et les leucocytes étaient complètement dissous par le sang de l'espèce étrangère ; le sang du mouton devenait un poison pour le sang de l'homme. Ces échecs retentissants firent abandonner la méthode. Des constatations identiques, toutes expérimentales, ne furent reprises que 25 à 30 ans plus tard par MM. Metchnikoff, Hayem, Daremberg et Büchner. Il s'agit là de poisons cellulaires naturels, élaborés sans aucune préparation par l'organisme.

La découverte des poisons cellulaires artificiels est tout à fait récente : elle fut faite en 1898, par MM. Belfanti et Carbone, en Italie, et, en France, par M. J. Bordet. L'expérience suivante de J. Bordet est tout à fait décisive à cet égard : *Si l'on injecte à un cobaye du sang de lapin, le sérum du cobaye jouit de la propriété de dissoudre les globules rouges du lapin.* L'injection du lapin à un animal intermédiaire amène la production d'un poison spécifique pour les éléments figurés du sang du lapin.

Il était facile de supposer que ce poison cellulaire artificiel n'était pas le seul que l'on pût obtenir, et depuis lors, je dois enregistrer la découverte d'autres cytotoxines, l'hépatotoxine, la néphrotoxine, la trichotoxine, la spermotoxine, l'hémotoxine et la leucotoxine.

Le poison de la cellule hépatique. l'*hépatotoxine*. vient d'être découvert par M. Delezenne au mois d'août dernier. Si l'on fait dans le péritoine du canard des injections répétées d'une émulsion de foie de chien, le sang ou le sérum du canard devient toxique pour la cellule hépatique du chien ; à la suite d'une inoculation de 2 à 4 cc. de sérum de canard, le chien succombe, suivant la voie d'inoculation, soit en 15 ou 20 heures, soit en 5 à 25 jours, avec la plupart des signes de l'insuffisance hépatique : diminution de l'urée urinaire, augmentation des sels d'ammoniaque, glycosurie alimentaire. A l'autopsie, le foie prend l'aspect du foie des malades emportés par l'atrophie jaune aiguë du foie, ou de celui des animaux intoxiqués par le phosphore ; les cellules hépatiques sont nécrosées ou atteintes de dégénérescence graisseuse. Cette action du sérum de canard est spécifique : elle n'atteint que le foie.

Le poison de la cellule glandulaire du rein, la *néphrotoxine,* fut découvert cette année par Lindemann. Des cobayes traités par des injections intrapéritonéales d'émulsion de reins de lapin fournissent un sérum qui devient toxique pour le rein du lapin ; l'injection de ce sérum au lapin provoque une albuminurie considérable et la mort par urémie en 3 à 5 jours. A l'autopsie, les reins présentent une nécrose et une désintégration profonde de l'épithélium des tubes contournés. Cette action du sérum est spécifique : le rein seul est atteint.

Le poison des cellules à cils vibratiles, la *trichotoxine,* découvert par von Dungern l'année dernière, est des plus curieux : il est préparé en injectant à des cobayes l'épithélium à cils vibratiles de la trachée du bœuf. Le sérum du cobaye devient toxique pour les cils vibratiles trachéaux du bœuf et les immobilise. Von Dungern a constaté cette immobilisation in vitro en mélangeant des fragments de muqueuse trachéale du bœuf avec le sérum du cobaye, et in vivo dans le péritoine même du cobaye. Il n'a pas inoculé le sérum du cobaye au bœuf, et il est impossible de déterminer les résultats pathologiques de l'immobilisation des cils vibratiles de la trachée du bœuf ; je ne serais pas surpris si cette expérience était suivie de la mort de l'animal par infection respiratoire. En tous cas, ce sérum est encore spécifique : il n'agit que sur les cils vibratiles de la trachée.

Le poison cellulaire des hématies, l'*hémotoxine,* a été très nettement caractérisé par J. Bordet, en 1898. Si l'on injecte à différentes reprises du sang défibriné de lapin dans le péritoine du cobaye, le sérum du cobaye devient toxique pour les globules rouges du lapin, et il suffit d'inoculer ce sérum au lapin pour voir les globules rouges de ce rongeur s'agglomérer avec une grande énergie, puis se détruire rapidement, en amenant la mort. Cette action du sérum est toujours spécifique : elle n'agit que sur les hématies.

(1) Conférence faite à l'hôpital Necker le 29 septembre 1900.

Digitized by Google

Le poison cellulaire des globules blancs, la *leucotoxine*, est découvert par M. Metchnikoff en 1899. Après l'injection sous la peau du cobaye d'une émulsion de ganglions lymphatiques mésentériques du lapin, le sérum du cobaye devient toxique pour les leucocytes du lapin. Les mononucléaires sont atteints les premiers, puis les polynucléaires et enfin les Mastzellen d'Ehrlich. Ce sérum est spécifique ; il n'agit que sur les globules blancs. Considérant que les maladies atrophiques des organes les plus importants (centres nerveux, foie et reins) succèdent à une accumulation de leucocytes mononucléaires dans les foyers atteints, persuadé que ces macrophages mononucléaires, les ennemis des éléments nobles, se transforment plus tard en tissu conjonctif, créant l'atrophie sénile, M. Metchnikoff avait caressé l'idée géniale de s'opposer à leur envahissement. En préparant un sérum leucotoxique, dont l'action serait limitée aux seuls mononucléaires, les macrophages, il espérait pouvoir lutter contre la désintégration cellulaire organique. Pour la fabrication de ce sérum, il s'était adressé aux ganglions lymphatiques qui ne contiennent que des mononucléaires ; malheureusement, le sérum s'est montré toxique pour les polynucléaires comme pour les mononucléaires, et M. Metchnikoff a dû abandonner pour l'instant sa conception grandiose, s'inclinant, comme toujours, devant les faits.

Le poison cellulaire des spermatozoïdes, la *spermotoxine*, a été obtenu par Landsteiner et Metchnikoff, en 1899. En injectant des spermatozoïdes d'un animal à un animal d'une autre espèce, on détermine un sérum qui jouit de la propriété d'immobiliser les spermatozoïdes, et cette action est encore spécifique.

Tels sont les poisons cellulaires actuellement connus. D'autres cytotoxines sont en préparation, et déjà, dans son laboratoire, M. Metchnikoff a pu obtenir de la *névrotoxine* ; mais les résultats de ses expériences ne sont pas encore publiés (1). La spécificité des cytotoxines est un de leurs plus remarquables caractères ; elles n'agissent que sur les éléments qui leur ont donné naissance ; un sérum leucotoxique n'attaque que les globules blancs et non les globules rouges, un sérum hépatotoxique ne détruit que le foie et laisse les autres organes intacts. Il en est de même pour tous les autres sérums cytotoxiques.

La découverte des poisons cellulaires est-elle susceptible d'applications thérapeutiques?

L'existence d'antitoxines actives contre les poisons cellulaires, la découverte de l'antispermotoxine et de l'antihépatotoxine, faite par Metchnikoff et Delezenne, permettent d'espérer l'application directe de ces contre-poisons, qui n'a pas encore été pratiquement essayée. Je veux insister sur une autre méthode, plus féconde en résultats, que nous devons encore à M. Metchnikoff, dont je cite les paroles . « Je me suis demandé si de faibles doses de cytotoxine n'étaient point capables de produire une action stimulante sur les éléments figurés correspondants. On savait depuis longtemps que de petites quantités de certains poisons provoquent l'excitation des organes sur lesquels les doses les plus fortes agissent d'une façon paralysante. On a réuni beaucoup de faits sur l'accélération des fermentations par de petites doses de poisons comme les alcaloïdes et les antiseptiques. C'est M. Schultz qui a établi ce fait que beaucoup de poisons de la levure, comme le sublimé, l'iode, l'acide arsénieux, etc., appliqués en faibles quantités, accélèrent notablement la fermentation alcoolique. » Cette hypothèse a reçu sa vérification expérimentale dans le laboratoire de M. Metchnikoff, pour l'hémotoxine et la leucotoxine.

M. Cantacuzène prépare un cobaye avec du sang défibriné de lapin ; le sérum du cobaye devient toxique pour les hématies du lapin, s'il est inoculé à fortes doses ; si l'injection est faite à *très petites doses*, on observe, au contraire, une augmentation constante et simultanée de la richesse globulaire du sang du lapin et du titre de son hémoglobine. Au bout de 3 jours, le nombre des hématies passe de 5.400.000 à 8.800.000, et l'hémoglobine passe de 86 à 105. Cette élévation persiste pendant deux à trois semaines.

M. Besredka prépare un cobaye en lui injectant une émulsion de ganglions mésentériques de lapin : le sérum du cobaye devient toxique pour les globules blancs du lapin, s'il est inoculé à fortes doses ; si l'injection est faite à *très petites doses*, on observe, au contraire, une hyperleucocytose marquée.

Se basant sur ces résultats, M. Metchnikoff eut l'idée d'employer sur l'homme de faibles doses d'hémotoxine ; mais ce fut pas sans de grandes craintes qu'il finit par s'y décider. Il n'était pas impossible que l'homme réagisse d'une façon différente que le cobaye et le lapin au sérum hémotoxique, et que l'injection de doses même faibles de ce sérum n'amène la dissolution des hématies au lieu de leur augmentation. Cependant, quelques faits antérieurs étaient rassurants à cet égard. MM. Richet et Héricourt avaient préconisé un sérum contre le cancer, et leur sérum était préparé par l'inoculation de fragments cancéreux humains aux animaux ; il est évident que ces fragments contenaient un peu de sang et avaient provoqué la formation d'hémotoxine dans le sang des animaux en expérience ; l'injection du sérum anticancéreux n'avait pourtant pas été suivie d'accident fâcheux. M. Carrasquilla avait essayé la sérothérapie

(1) Le numéro du 25 octobre 1900 des *Annales de l'Institut Pasteur*, contient un travail de M. Delezenne sur la névrotoxine.

Digitized by Google

de la lèpre, sans incident, et ses chevaux étaient préparés avec du sang même des lèpreux, ce qui prouve d'une manière indéniable l'innocuité de ce sérum pour l'homme, du moins aux doses employées contre la lèpre.

M. Metchnikoff se crut, dès lors, parfaitement autorisé à essayer les faibles doses d'hémotoxine sur l'homme, et il prépara une chèvre avec du sang défibriné humain. Les inoculations de ce sérum de chèvre, faites sur des lèpreux de l'hôpital St Louis, amenaient d'abord une diminution des globules rouges et de l'hémoglobine, puis une augmentation très manifeste de ces mêmes éléments ; les lésions lèpreuses avaient subi une légère, mais heureuse modification.

Voilà où la question en est à l'heure actuelle. Cette excitation globulaire produite par de petites doses de sérum hémotoxique, peut-elle donner des résultats thérapeutiques dans les anémies? M. Metchnikoff l'a pensé, et il traite, à l'heure actuelle, plusieurs anémiques à l'Institut Pasteur; les résultats, très encourageants, ne sont pas encore publiés.

Vous voyez maintenant l'intérêt qui s'attache à l'étude des poisons cellulaires, des cytotoxines; elles affirment la spécificité cellulaire, et sont capables de bouleverser une partie de nos connaissances médicales. (1)

ÉTUDE CLINIQUE

Embolie pulmonaire et poussées phlébitiques tardives

Par M. Pierre Merklen,
Médecin de l'hôpital Laënnec

Les embolies pulmonaires peuvent se produire au début, au cours et à la fin des phlébites. Elles en précèdent parfois les signes apparents, et la phlébite est dite à début embolique ; elles surviennent plus souvent dans la première période de son évolution, quand la phlébite est localisée dans les petites veines du mollet et n'a pas encore envahi la veine principale du membre. Dans ces deux cas, l'embolie est précoce. L'embolie tardive est celle que l'on observe plusieurs semaines après le début de la phlébite.

Les embolies pulmonaires précoces sont généralement bénignes. Elles donnent lieu à des douleurs thoraciques, souvent intenses et effrayantes, avec ou sans crachats hémoptoïques, et se compliquent parfois de congestion pulmonaire ou de pneumonie; mais ces accidents guérissent dans le plus grand nombre des cas, et la mort subite ou rapide ne se produit que dans les cas exceptionnels de phlébite latente d'une grosse veine. La bénignité habituelle des embolies précoces tient à leur petitesse : au début de la phlébite, les caillots qui se précipitent sur l'endoveine enflammée sont encore ténus, en même temps que friables et peu adhérents; ils se forment dans les petites veines, celle du mollet pour le membre inférieur, avant d'envahir la poplitée et la fémorale.

Les embolies tardives sont le plus souvent graves et mortelles. Elles sont généralement attribuées à la rupture, spontanée ou provoquée par un mouvement intempestif, de l'extrémité libre ou centrale du thrombus d'un gros tronc veineux, avant sa complète organisation. Leur gravité, comme celle des embolies précoces mortelles, tient au volume du caillot ; ce sont de grosses embolies.

Qu'une coagulation thrombosique se mobilise dans les premiers jours d'une phlébite, cela se comprend. Qu'elle se rompe ou se détache après plusieurs semaines, alors que le travail d'organisation a eu le temps de se faire, cela est plus surprenant. C'est donc que sous l'influence de conditions qu'il est difficile de déterminer, peut-être d'un mauvais état général, le caillot ne s'est pas organisé? Une autre explication me semble appropriée aux deux cas que je vais rapporter. L'embolie tardive ne serait-elle pas quelquefois la conséquence d'une poussée tardive de phlébite au niveau du gros tronc veineux? La phlébite, on le sait, évolue souvent en plusieurs poussées, qu'elle reste localisée à un membre, qu'elle devienne une phlébite double, ou qu'elle atteigne les quatre membres. Même pour la phlébite d'un membre, les divers territoires veineux peuvent être envahis successivement, depuis les veines du mollet et les saphènes, jusqu'à la fémorale et l'iliaque. Les coagulations thrombosiques sont dès lors d'âges divers, les unes datant de deux ou trois semaines, les autres de quelques jours seulement. Or, ces dernières sont les plus volumineuses puisqu'elles occupent les troncs veineux les plus importants, généralement atteints en dernier lieu ; il n'est pas étonnant que leur mobilisation, qui n'est tardive qu'en apparence, donne naissance à de grosses embolies, à des embolies mortelles. Cette évolution de la phlébite par étapes successives me semble bien expliquer la mort subite ou rapide dans deux cas malheureux que j'ai observés, l'un il y a six ans, l'autre plus récemment.

I. — J'ai suivi la première malade avec mon maître M. Ernest Besnier, M. Ribemont et notre regretté collègue Girode, il s'agissait d'une primipare, fille de mère sujette aux phlébites. qui fut prise, environ une dizaine de jours après un accouchement régulier,

(1) Pour la bibliographie, voir : *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 octobre 1898, 25 octobre 1899, 25 janvier, 25 février, 25 mai, 25 juin et 25 octobre 1900 ; *Académie des sciences*, 13 août 1900; *Münchnerer medicinische Wochenschrift*, 19 septembre 1899.

Digitized by Google

mais à la suite d'une lymphangite mammaire, d'un point de côté violent du côté gauche, avec crachats hémoptoïques, quelques jours après, d'un point de côté droit. Ces accidents furent suivis, à bref délai, d'une première phlegmatia, et, après un intervalle que mes souvenirs ne me permettent pas de préciser, d'une phlébite de l'autre membre. Cette évolution s'était faite sans forte poussée thermique, mais avec un état subfébrile prolongé c'est-à-dire une ascension d'environ un degré le soir. C'était l'indice d'une infection persistante, et nous en étions si pénétrés en même temps qu'inquiets, que nous crûmes devoir prendre l'avis de M. Chantemesse sur l'opportunité d'injections de sérum antistreptococcique dont on faisait alors les premières applications. La question fut réservée. Nous espérions d'ailleurs, après le développement de la deuxième phlébite, que l'infection était épuisée, quand, vingt-trois ou vingt-quatre jours après le début des premiers accidents, la malade fut enlevée en quelques heures par une asphyxie d'origine embolique.

II. — Ma seconde observation est plus précise dans ses détails, parce qu'elle est récente et que j'ai pu la reconstituer à l'aide des renseignements qu'a bien voulu me fournir le Dr Wickersheimer, médecin traitant du malade. Le malade, âgé de 42 ans, d'une bonne santé habituelle, quoique fatigué depuis quelques mois, avait été pris vers la fin d'août dernier, à l'occasion d'un effort, d'une douleur subite avec épanchement sanguin dans le mollet droit. Après quelques jours de lit, il avait pu reprendre ses occupations, mais la réapparition des phénomènes douloureux l'obligea à se coucher de nouveau le 17 septembre. Le Dr Wickersheimer le vit pour la première fois le 22, avec une fièvre modérée à 38 degrés, du malaise général, de l'empâtement douloureux du mollet et du creux poplité. On pouvait soupçonner une phlébite, mais elle n'était pas caractérisée. Les choses en étaient là, quand, le 28 septembre, le malade se plaignit d'un point de côté subit et violent du côté droit. Même accident, mais plus intense, à gauche, le 1er octobre, et bientôt signes d'une congestion pleuro-pulmonaire avec fièvre intense qui dura sept jours. Pendant ce temps, la phlébite s'était accentuée, et, dès le 4 octobre, occupait tout le membre ; en prévision d'une double phlébite que faisait craindre la prolongation de la fièvre, le malade fut mis dans une gouttière de Bonnet. Du 8 au 15 octobre, l'état resta stationnaire, la température ne dépassant plus 37 degrés. A partir du 16, le thermomètre marqua de nouveau 37°8 le soir, pendant plusieurs jours de suite, et le 28 octobre, survenait une indigestion suivie de diarrhée. Le 24, le malade semblait rétabli, n'avait plus de fièvre ; l'œdème du membre inférieur droit avait sensiblement diminué, et le trajet de la fémorale n'était plus douloureux ; mais la pression au-dessus de l'arcade de Fallope réveillait encore un peu de sensibilité. La maladie paraissait donc en régression, quand, dans l'après midi du 26 octobre, survint une nouvelle douleur de côté, avec syncope presque immédiatement mortelle. Il paraîtrait, s'il faut s'en rapporter au témoignage d'un enfant de six ans, que le malade s'était relevé dans sa gouttière de Bonnet, deux heures avant de mourir subitement.

Une première particularité de ces deux cas est le début embolique Devait-il faire prévoir leur triste dénouement ? En d'autres termes, les embolies précoces constituent-elles une menace d'embolies tardives et mortelles? Il n'en est rien heureusement. La phlébite à début embolique n'a pas plus de gravité que la phlébite commune. M. Pinard, qui en a observé un grand nombre de cas, considère qu'elle se termine habituellement par la guérison (communication orale). C'est aussi l'opinion de M. Hutinel, qui m'a cité cinq cas de phlèbite à début embolique, heureusement terminés. D'autres observations favorables m'ont été communiquées par les docteurs Thibaut (d'Angers) et Rabé. J'ai moi-même vu guérir l'année dernière un malade atteint de phlébite double d'origine grippale, à début embolique.

Le véritable facteur de gravité, dans mes deux observations, me paraît avoir été la persistance de l'infection, qui se traduisait par un état subfébrile prolongé, inusité au cours d'une phlébite constituée. La fièvre, une fièvre souvent minime, caractérisée par de légères ascensions vespérales, précède généralement de plusieurs jours l'apparition de la phlegmatia, comme l'a bien indiqué M. F. Widal. Une poussée thermique plus élevée peut se produire pendant les premiers jours de son développement ; puis l'apyrexie s'établit d'une manière définitive, à moins d'une infection non épuisée et de poussées répétées et successives de phlébite. Celles-ci sont facilement constatables quand elles se produisent dans les différents territoires veineux d'un membre, ou successivement dans les deux membres ; elles sont latentes quand elles envahissent les veines profondes, comme les iliaques. Le danger de grosse et grave embolie n'en est que plus grand. C'est ainsi, ce me semble, que les choses ont dû se passer chez les deux malades dont j'ai rapporté l'histoire ; il est vraisemblable que la prolongation de leur état subfébrile était en rapport avec les poussées tardives de thrombo-phlébite dans les veines inaccessibles à l'examen.

Une exploration thermométrique régulière est donc indispensable pour juger de l'évolution d'une phlébite et en prévoir les poussées latentes et tardives, ainsi

Digitized by Google

que les complications possibles. Les légères ascensions thermiques du soir à 37°8, 38° doivent être tenues pour suspectes, et l'infection phlébitique ne peut être considérée comme terminée qu'après une apyrexie complète de plusieurs semaines. Aussi M. Pinard a-t-il établi comme règle qu'une accouchée atteinte de phlegmatia doit garder le lit pendant un mois au moins après la dernière poussée thermique. Cette règle s'applique à toutes les phlébites. L'immobilisation la plus complète ne suffit pas, malheureusement, pour prévenir les embolies mortelles, surtout au cours des phlébites encore en évolution ; il n'en est pas moins nécessaire de l'exiger rigoureuse pendant le mois qui suit les dernières manifestations fébriles, même quand les signes extérieurs de la phlébite semblent indiquer sa régression.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Sulfate de quinine à doses élevées et massives dans les hémorragies

Par M. le Dr Liégeois
Correspondant national de l'Académie de Médecine

Au cours de sa récente communication académique sur les hématuries dites essentielles — indépendantes, selon lui, de tout désordre anatomique de l'appareil urinaire et entièrement subordonnées à un trouble nerveux — M. Lancereaux décernait, parmi les médicaments propres à enrayer ces hémorragies, une place d'honneur au sulfate de quinine porté à 1 gramme 50 par jour.

Il nous paraît bon de rappeler à ce propos que le sulfate de quinine, à doses élevées et massives, conjure promptement d'autres pertes de sang où il se montre plus immédiatement, plus sûrement efficace que l'ergot et autres agents internes réputés hémostatiques.

Je ne dirai rien de son utilité, comme préventif (1 gr. 50 en deux fois, six ou huit heures avant l'écoulement), dans l'épistaxis, plus ou moins régulièrement intermittente, des vieux paludiques ou des hérédo-paludiques. Mais je me garderai de ne pas mentionner les succès obtenus par Martineau, par Verneuil, par Coriveaud, avec les hautes doses de sulfate de quinine dans des épistaxis d'origine diverse à retours non périodiques. L'épistaxis est-elle d'une abondance inquiétante ? pratiquez un tamponnement, sans doute, mais ne perdez pas un temps précieux à en attendre les résultats : administrez sans retard, en une fois, 60, 80 centigrammes de sulfate de quinine, et revenez à la charge, avec pareille dose, au bout de trente minutes. Avant l'ingestion du sel de quinine le sang refluait dans la bouche derrière le tampon ou suintait tout autour de celui-ci ; moins d'une heure, trois quarts d'heure, le plus habituellement, après l'ingestion, l'écoulement a cessé. Trois, quatre jours de suite renouvelez chaque matin la provision de sulfate de quinine : ainsi vous consolidérez la guérison.

Cette méthode de traitement donne surtout la mesure de sa valeur dans les épistaxis, quelquefois si graves, qui sont la conséquence de l'exagération permanente de la tension artérielle : dans celles des jeunes gens, des filles principalement, à la puberté ; dans celles des arthritiques névrosés ou des nerveux candidats à la tuberculose pulmonaire ; dans celles de la période initiale du mal de Bright latent ou à peine soupçonné ; dans celles du début ou de la fin des paroxysmes cardio-vasculaires de la cachexie exophtalmique.

Les doses massives de sulfate de quinine (1 gr. 50 en deux fois à une demi-heure d'intervalle) ont aussi fait leurs preuves dans l'hémoptysie des tuberculeux coïncidant avec la fièvre de résorption ou dans celle qui est la manifestation première d'une tuberculose pulmonaire aiguë, hyperpyrétique. Le médicament sera, par précaution, continué pendant plusieurs jours. Il est d'observation clinique que son effet hémostatique est d'autant plus vite réalisé que la détente fébrile est plus rapide : telle est, en ce cas particulier où il est urgent d'agir avec célérité, l'explication de la supériorité du sulfate de quinine qui, à nos doses fortes, triomphe de la fièvre en moins de temps que la digitale.

Nous n'avons rien de mieux que ces doses massives, même en dehors de tout processus fébrile, contre les grandes hémoptysies, périodiques ou non, relevant de l'hypertension artérielle, à l'époque de la croissance chez les adolescents de souche rhumatismale ou goutteuse, ou pendant la ménopause chez les femmes, ou chez les brightiques futurs.

Plusieurs médecins ont signalé la guérison, par les doses fortes de sulfate de quinine, des métrorragies chez des femmes récemment ou anciennement infectées par la malaria. De mon côté j'ai insisté sur la guérison, par les doses massives quotidiennes d'un gramme cinquante en deux fois durant cinq ou six jours, des métrorragies de la ménopause réfractaires à l'ergot et au tanin. Après quatre ou cinq jours nous remplaçons le sulfate de quinine par l'extrait fluide d'hydrastis canadensis (60 à 80 gouttes pro die pendant trois mois consécutifs).

Avec 12 grammes de ce sel (1 gr. 50 les deux premiers jours, 1 gramme pendant neuf autres jours), Kirmisson arrêta une hémorragie incoercible survenue spontanément par le fond de l'alvéole d'une dent extraite depuis trente-huit ans chez un homme de la cinquantaine dont la fièvre intermittente remontait à quarante années. Guénard, en 1882, avait attiré

Digitized by Google

l'attention sur ces hémorragies dentaires des paludiques justiciables de la quinine. Mais, même en l'absence d'antécédents paludiques, il faudra, à l'instar de Verneuil qui a enregistré un succès, faire ingérer en une seule fois un gramme de sulfate.

Consultation Thérapeutique

Comment traiter la paralysie infantile

Tableau clinique. — La paralysie infantile se joue en résumé en deux actes très inégaux : 1er acte, crise aiguë, courte ; 2e acte, séquelles, longues, durables.

Un enfant est pris plus ou moins rapidement de fièvre, de phénomènes généraux communs au début de beaucoup d'infections, puis l'on s'aperçoit de l'impotence fonctionnelle de plusieurs membres ou plus rarement d'un seul.

La période aiguë cesse. la paralysie régresse et se cantonne le plus souvent à un seul membre inférieur, parfois à un membre supérieur, dont les muscles s'atrophient et peuvent se rétracter, dont le squelette éprouve un défaut d'accroissement, la peau des troubles trophiques, etc.

Indications thérapeutiques. — A chacune de ces deux périodes s'applique une thérapeutique différente.

A la période aiguë, il faut parer à l'infection et calmer les phénomènes inflammatoires dont la moëlle est le siège, éviter d'irriter le tissu nerveux enflammé, limiter les lésions, si on ne peut les faire disparaître, en somme faire la part du feu.

A la seconde période de dégénérescence organique, de troubles trophiques, commandés par la lésion médullaire, le rôle du médecin est d'entretenir, à défaut du rétablissement complet de la fonction, la nutrition des tissus dans le territoire nerveux atteint. Les difformités appellent l'intervention du chirurgien.

Les indications sont ici de nom contraire dans chacune des périodes ; sous peine de nuire au petit malade, il ne faut les intervertir jamais.

Traitement. — S'il y a une prophylaxie possible de la paralysie infantile, elle est encore bien vague, malgré la notion acquise de maladie infectieuse, même épidémique, et la condition étiologique d'hérédité névropathique.

En tous cas, la prudence commande l'isolement du petit malade et la désinfection.

1re période. — Contre l'infection, on agira par un purgatif, celui de choix, le calomel à la dose maxima de 0,05 centigrammes +0,05 centigrammes par année d'âge, avec ou sans addition de scammonée.

On provoquera la diurèse par le lait et les boissons aqueuses abondantes, le thé léger.

Dès qu'apparaît la localisation médullaire de l'infection, on cherche à l'arrêter et à la faire rétrocéder par l'application de révulsifs le long de la colonne vertébrale, sinapisation, ventouses sèches, même scarifiées, le maintien à demeure de compresses très chaudes ou même d'un long sachet de glace entretenu absolument en permanence et séparé de la peau par une flanelle.

Comme dérivatif, on renouvelle le calomel. Si la fièvre monte trop, sels de quinine.

A ce moment *pas d'électricité* d'aucune sorte, aucune excitation du côté des muscles, des nerfs ou de la moëlle ; mais, tout au contraire, du bromure au besoin. Bain tiède prolongé, enveloppement d'ouate.

2e période. — Lorsque la paralysie étendue du début s'est localisée à tel ou tel membre, à tel ou tel groupe musculaire du membre, il importe, avant de rien entreprendre, de faire le diagnostic détaillé des muscles ou partie de muscles atteints, d'analyser les déformations.

Le traitement ressortit alors et à la médecine et à la chirurgie.

Traitement médical. — C'est alors que doit commencer un traitement de longue haleine qui se prolongera avec ténacité des mois, même des années, si l'on veut arriver à un résultat tangible. Tout doit tendre : 1° à rétablir, à exciter la contractilité musculaire ; 2° à entretenir les parties en bon état de nutrition.

Moyens physiques. — Pour concourir à ce but, nous disposons de l'électricité de l'hydrothérapie, du massage, de quelques médicaments excito-moteurs.

Dans tous les cas, il importe de commencer le traitement de bonne heure, pas trop tôt, pour laisser passer complètement la première période pas trop tard, car après 3 ans, le gain reste improbable.

Electricité. — Dans de tels cas, la machine d'induction avec ses *courants faradiques* nous servira d'abord à faire le diagnostic des dégâts ; certains muscles n'y répondent plus, ils sont perdus pour la motilité, mais il ne faut pas oublier de les interroger faisceau par faisceau, car certaines fibres peuvent cependant persister intactes. On les renforcera par l'électrisation faradique localisée. On sauvera donc tout ce qu'il y a de muscle contractile. Les courants faradiques serviront encore pour les muscles à réaction seulement affaiblis.

Chez les petits enfants, on peut pratiquer l'électrisation faradique d'une façon médiate. Une des électrodes est placée à demeure sur le membre à électriser. A cet effet, cette électrode est constituée par une petite plaque de zinc recouverte de peau de chamois, au besoin d'amadou et imbibée d'eau salée. On peut la laisser en place ou la déplacer.

L'autre électrode, le tampon habituel, est tenue par le médecin ou la personne qui électrise dans le creux de la main par les deux ou trois derniers doigts. L'index allongé, seul ou accompagné du médius, est promené sur les régions à électriser ; de cette façon le courant passe par cet index ou ce médius avant d'arriver au sujet et l'on perçoit ainsi tous les variations d'intensité, tous les ressauts.

Maître de son courant, on le transmet à sa volonté au jeune sujet, à l'aide de ces doigts appliqués au point d'élection.

Dans cette électrisation faradique, on agira, soit en ap-

Digitized by Google

plication directe sur le muscle, soit sur les nerfs au point d'émergence.

Pour les muscles qui ne répondent plus ou à peine au courant faradique, on aura recours aux *courants* continus ou *galvaniques descendants*. On opère de cette façon : une large plaque de zinc malléable, de la grandeur de la main, de 20 cent. sur 20 cent., pleine ou perforée, bien doublée de peau de chamois, mouillée à l'eau salée, forme le pôle positif fixée à la racine du membre. Le pied ou la main trempe dans un vase de terre vernissée, rempli d'eau où plonge l'électrode négative.

Le courant varie de 12 à 15 milliampères, la séance de 10 à 15 minutes, répétée chaque jour.

On peut aussi appliquer, toujours avec de larges électrodes, des courants cinq à six fois plus faibles sur la moëlle au niveau de la lésion, soit pour le membre inférieur au niveau du renflement lombaire, qui correspont à la 11e, 12e vertèbre dorsale et à la première lombaire et même plus bas si l'enfant est très jeune (la queue de cheval remonte avec l'âge), soit au niveau de la nuque pour le membre supérieur. On fait passer le courant 2 ou 3 minutes et on allonge la séance jusqu'à 1/4 d'heure, 20 minutes, répétée deux ou trois fois par semaine. On alterne les pôles, courant ascendant, puis descendant. On peut aussi mettre le pôle positif à la moëlle, le négatif au membre. Pendant les dernières minutes de l'électrisation on peut provoquer des intermittences ; les boîtes à courants continus renferment un dispositif pour cet usage.

La vitalité, sinon la contractilité des muscles peut être encore entretenue concurremment et par l'hydrothérapie et par le massage.

Douche chaude, douche sulfureuse chaude, bain sulfureux, bain salé, bain salin (Salies de Béarn, Salins (Jura), Salins-Moutiers, La Mouillère, Aix-les-Bains, Lamalou, Néris, etc.), bains de mer, s'associent à l'électricité.

Massage, gymnastique. — Le *massage* et la *gymnastique* combinés forment un complément de l'électricité. Pour certains auteurs ils priment même celle-ci et peuvent être commencés de très bonne heure, dès la cessation fièvre.

Voici les règles recommandées par le Prof. Axel Johanessen (1) de Christiana :

1° *Paralysies sans possibilité de mouvements actifs :*

Séance quotidienne d'une demi-heure au maximum les premiers mois, décomposée en : A. *massage* proprement dit, effleurage et pétrissage alternatif de 5 à 10 minutes chacun ; en tout *massage de 10 à 20 minutes* ; B. *gymnastique, mouvements passifs divers*, de 10 à 15 minutes.

(1) Axel Johannessen. Bemerkungen uber Poliomyelitis anterior acuta («Internat. Contributions to medical Literature»). Festschrift in honor of A. Jacobi, to commemorate the 70th. anniversary of his Birth. — New-York 1900.)

2° *Parésies avec passibilité de mouvements actifs.*

A. Massage, comme ci-dessus, en plus tapotement, hachage, et pressions sur les gros troncs nerveux.

B. *Gymnastique : mouvements de résistance.* — L'opérateur oppose aux différents mouvements du patient une résistance modérée, que celui-ci peut arriver à vaincre. C'est l'application méthodique de la gymnastique suédoise.

On complètera les résultats obtenus par la *rééducation des mouvements.*

Chaque soir, on fera pratiquer une *friction excitante* générale et plus spécialement sur le membre malade, avec du vinaigre simple ou aromatisé, de l'eau de Cologne, du liniment de Rosen, etc.

Moyens pharmaceutiques. — Comme médicament excito-moteur on peut avoir recours aux préparations d'*ergotine*, employées parfois dès le début de la période fébrile, ou bien à celles de strychnine, noix vomique, fève de Saint-Ignace, prescrites seulement à la seconde période.

On doit combiner tous ces moyens et les faire concourir tous ensemble au résultat final.

Traitement chirurgical. — Lorsqu'on aura mis en œuvre le traitement médical et obtenu ce qu'on pouvait en espérer, mais pas avant, on en viendra aux moyens chirurgicaux propres à corriger les déformations.

Pour certaines déviations sans rétraction, il suffira de faire porter des *appareils orthopédiques* appropriés.

On a tenté dans ces derniers temps de greffer certains tendons de muscles sains au niveau de muscles paralysés pour rétablir ainsi une fonction par vicariance.

Dans le cas de rétraction tendineuse, pied bot ou autre, le chirurgien devra intervenir pour corriger la difformité et permettre l'usage plus régulier du membre.

Le plus souvent, intervention chirurgicale et emploi des moyens physiques se prêteront un mutuel appui, se complèteront l'un l'autre.

Le traitement de la paralysie infantile est un traitement ingrat, aussi faut-il beaucoup de persévérance pour le mener à bien. — H. Gillet.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Médication cacodylique. — Cacodylates.

Cacodylate de soude. — De tous les cacodylates, le cacodylate de soude est le plus usité : il s'emploie le plus souvent en injections hypodermiques, mais on le donne aussi par la voie buccale et rectale. M. Gautier accorde la préférence aux injections hypodermiques (1), à la dose quotidienne de 0 gr. 05 et 0 gr. 15 d'acide cacodylique. Bien que cette forme soit difficile à faire accepter des malades, M. Gautier estime que c'est la seule qui laisse à l'agent médicamenteux sa pleine efficacité et qui fasse disparaître tous les inconvénients de la méthode arsenicale ordinaire.

Lorsqu'on a recours à la voie hypodermique, « jamais ou

(1) A. Gautier, Acad. de méd. 31 oct. 1899.

Digitized by Google

presque jamais on ne remarque ni que l'haleine et les sueurs du malade prennent l'odeur alliacée, ni que l'estomac se fatigue, ou que d'autres troubles intestinaux se déclarent. Au contraire, si ce médicament est pris aux mêmes doses par la bouche ou donné en injections rectales, la fatigue, le dégoût, enfin l'intolérance peuvent se faire sentir au bout de quelques jours, bien plus lentement dans le second cas, plus rapidement dans le premier : le malade est pris de pesanteurs ou de crampes à l'épigastre, quelquefois de désordres intestinaux ; il est poursuivi et comme hanté continuellement par cette odeur d'ail qu'exhalent son haleine, sa peau et toute sa personne, qui frappe son entourage et persiste alors même que le médicament est abandonné depuis quelque temps ; une saveur alliacée continue, perçue à l'arrière-bouche dégoûte le malade et réagit sur ses fonctions. »

« Même chez des sujets dont les reins sont sains, l'ingestion prolongée d'acide cacodylique peut amener de l'albuminurie plus ou moins persistante. »

Pour M. Gautier l'odeur d'ail résulte de ce que l'acide cacodylique, remontant dans le tube digestif des agents réducteurs microbiens ou autres, est transformé partiellement en oxyde de cacodyle, corps d'odeur fortement alliacée, très toxique et volatil, qui, après avoir fatigué l'estomac et l'intestin, s'élimine par le poumon, la peau, les muqueuses et les reins, en produisant des désordres locaux.

Pour M. Danlos, l'odeur alliacée s'expliquerait mieux par la sulfuration de l'acide cacodylique que par sa réduction en oxyde de cacodyle.

Les mêmes phénomènes d'intolérance, par voie gastrique, ont été signalés par d'autres auteurs : Renaut (1), R. Simon (2).

La parfaite tolérance du médicament par voie sous-cutanée a été confirmée par de nombreux cliniciens : Burlureaux, Letulle, R. Simon.

Formules. — *a)* Pour l'administration du cacodylate de soude en injections sous-cutanées on suit généralement les deux formules ci-dessous.

Dans la première, on prépare extemporanément le cacodylate de soude ; on prend :

Acide cacodylique pur	5 grammes
Soude caustique pure	Q. S. pour neutraliser jusqu'à virage en présence d'une trace de phtaléine
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 08
Créosote dissoute dans 18 gr. d'alcool	V gouttes.
Eau distillée.....	Q. S. pour 100 cc.

(A. Gautier).

Dans la seconde on part du cacodylate de soude industriel, on prend :

Cacodylate de soude pur.....	6 gr. 40
Alcool phéniqué 1/10.....	X gouttes
Eau distillée	100 cc.

(A. Gautier).

On porte un instant à l'ébullition en évitant l'usage des capsules autres que celles de porcelaine ou d'argent et surtout les filtrations à chaud sur papier ; on rétablit les 100 centimètres cubes, on verse en flacons stérilisés ou l'on répartit en ampoules. Les deux solutions ci-dessus sont titrées de telle façon que 1 centimètre cube de chacune d'elles correspond à 0 gr. 05 d'acide cacodylique pur, c'est-à-dire à la dose moyenne à injecter en une seule fois, par vingt-quatre heures, à l'adulte. Cette dose peut être doublée sans inconvénient pourvu qu'on laisse le malade se reposer tous les huit à dix jours pendant une période de même durée.

b) Pour les autres modes d'administration du cacodylate de soude, on a proposé de nombreuses formules :

Gouttes.	Cacodylate de soude.....	4 grammes
	Eau distillée.....	1000 —

V gouttes correspondent à 0 gr. 01 de cacodylate de soude.

Granules à 1 centigr.	Cacodylate de soude...	1 gramme
	Excipient.....	Q. S.

A diviser en 100 granules toluifiés.

Granules à 0 gr. 025	Cacodylate de soude....	2 gr. 50
	Excipient	Q. S.

A diviser en 100 granules toluifiés.

Indications thérapeutiques. — Le cacodylate de soude mérite d'être employé dans tous les cas où la nutrition générale est précaire, il vise surtout le traitement des maladies consomptives : tuberculose, anémie grave, impaludisme (Gautier), cachexie palustre (Billet), dermatoses, psoriasis (Danlos).

Son action sur le sang a été étudiée par Widal et Merklen (1) : il provoque une augmentation rapide et notable du nombre des globules rouges, lorsque ce nombre est diminué, mais sans amener jamais une hyperglobulie vraie.

En revanche, l'hémoglobine n'augmente pas proportionnellement au nombre des globules rouges ; il en résulte que le cacodylate de soude ne saurait être un agent curateur de l'anémie chlorotique (2).

Cacodylate de fer. — Le cacodylate de fer a été l'objet d'une étude complète au point de vue thérapeutique de la part de MM. A. Gilbert et P. Lereboullet.

MM. Gilbert et P. Lereboullet ont constaté à la suite de son emploi un relèvement du taux de l'hémoglobine et une augmentation du nombre des globules.

Les essais thérapeutiques ont été faits en donnant le médicament soit par voie hypodermique, soit par voie digestive ; la première méthode est la plus active et mérite la préférence.

Les injections hypodermiques sont faites avec la solution suivante :

Cacodylate de fer.....	3 grammes
Eau distillée.....	100 cc.

1 centimètre cube contient 0 gr. 03 de cacodylate de fer.

(Gilbert et Lereboullet).

Dose : Débuter par 1 centimètre cube par jour et porter progressivement la dose quotidienne à 2 et 3 centimètres cubes.

Cette solution est facilement injectable, bien tolérée localement, et elle ne provoque aucun accident général. L'albuminurie n'est pas une contre-indication.

Lorsqu'on doit utiliser la voie digestive, on peut recourir à la formule ci-dessous :

Granules à 0 gr. 25	Cacodylate de fer.....	2 gr. 50
	Excipient.....	Q. S.

A diviser en 100 granules toluifiées.

Dose : De 6 à 10 granules par jour à la fin des deux principaux repas.

(1) Académie de médecine, 30 mai 1899.
(2) R. Simon. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 25 février 1900.

(1) Widal et Merklen. *Soc. méd. des hôpit.*, 2 mars 1900.
(2) Hayem. *Soc. méd. des hôpit.*, 2 mars 1900.

Digitized by Google

Indications thérapeutiques. — Le cacodylate de fer est tout particulièrement prescrit contre la chlorose, les chloro-anémies et spécialement la chloro-anémie tuberculeuse; dans les cas de lymphadénie, de leucémie.

Cacodylate de mercure. — M. Vayas a étudié la toxicité du cacodylate de mercure et tenté son emploi dans les cas de syphilis. Il s'est arrêté à la formule suivante qu'il emploie en injections intra-musculaires :

Cacodylate de mercure..... 3 grammes
Eau distillée stérilisée froide.. 100 cc.

Dose : 1 centimètre cube par jour. (Vayas).

Nota. — Eviter de chauffer pour ne pas décomposer le sel. La solution est d'ailleurs instable : elle se décompose lentement à l'obscurité, rapidement à la lumière.

Cacodylate de gaiacol. — Le cacodylate se donne, dans les cas de tuberculose, en injections hypodermiques qu'on prépare avec :

Cacodylate de gaïacol ..... 1 gramme
Huile neutre stérilisée..... 100 —

Mêler et diviser en ampoules de 10 centimètres cubes.

Dose : Injecter 10 centimètres cubes tous les jours; après la dixième injections, suspendre le traitement pendant huit jours, puis le reprendre.

(Extr. des *Sc. pharmacol.* (E. Choay), sept. 1900.)

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

MÉDECINE

Notes sur le diabète. — A. De la cylindrurie dans le coma diabétique (J. Herrick, *in Amer J. of the Med. Sc.*, juillet 1900).

Il n'est pas rare de trouver dans l'urine des diabétiques un peu d'albumine et quelques cylindres témoins d'une néphrite interstitielle ou diffuse manifestée par des altérations cardio-vasculaires ou des symptômes d'urémie.

Cependant les cylindres peuvent apparaître soudainement, pendant ou immédiatement avant le coma diabétique, en si grand nombre que ce phénomène mérite quelque considération.

Avant Külz et Aldehoff qui, les premiers, ont signalé ce phénomène, on avait bien décrit leur existence au cours de quelques cas de diabète sucré, mais leur présence était considérée comme purement fortuite. L'auteur les a trouvés dans les trois cas de coma diabétique où il les a recherchés. D'après lui, l'urine recueillie dans un verre aux approches du coma diabétique laisse déposer un sédiment, occupant parfois le sixième de la hauteur de l'urine, léger, grisâtre ou jaunâtre, — on peut naturellement obtenir ce sédiment à l'aide du centrifugateur — qui se compose presque entièrement de cylindres finement granuleux, courts, larges, légèrement colorés. Il n'y a pas de relation entre leur nombre et la quantité d'albumine.

Suivant Williamson, ce dépôt n'apparaîtrait que dans l'urine émise aux premiers symptômes du coma, mais il est bien certain qu'il peut apparaître 24 heures avant et, dans ce cas, il signale l'invasion prochaine du coma diabétique. C'est ainsi que Aldehoff a constaté la présence de très nombreux cylindres, dans les trois heures qui précédaient le coma, dans l'urine d'un diabétique épuisé par une promenade fatigante, et présentant des signes menaçants de coma — pouls rapide, oppression profonde — l'urine examinée trois heures plus tôt n'en contenait pas. Le malade guérit d'ailleurs et les cylindres disparurent.

La constatation de ce phénomène peut donc servir à reconnaître de bonne heure le coma diabétique ou à confirmer le diagnostic dans les cas douteux, par suite à instituer un traitement précoce favorable.

Les cylindres ou tubes urinaires semblent être le résultat des altérations que subit l'épithélium des anses de Henle accablé de substances toxiques qu'il essaie d'éliminer — acétone, acide diacétique, acide oxybutyrique.

B. De l'abaissement accidentel de la densité urinaire dans le diabète sucré.

Dans le diabète, la densité urinaire s'accroît en général avec le taux de l'urine et la teneur en sucre et cela est si vrai que, connaissant la densité et le taux de l'urine on peut empiriquement calculer, d'une manière approximative, la quantité de sucre.

Le poids spécifique peut cependant subir une diminution qui l'abaisse au-dessous du chiffre moyen du poids de l'urine glycosurique ou même de l'urine normale.

Une recherche attentive fournit la preuve que de temps en temps les diabétiques émettent une urine qui pèse 1.020 et même beaucoup moins. Cette diminution s'observe dans des cas de glycosurie où la polyurie est due au développement d'une néphrite interstitielle accompagnée d'albuminurie et de cylindrurie. Certains auteurs déclarent même qu'il faut soupçonner le développement d'une néphrite interstitielle dès que la densité d'une urine sucrée tombe au-dessous de 1.020.

Dans ce cas, le sucre peut beaucoup diminuer un peu plus tard et même disparaître entièrement. Dans un cas de diabète sucré typique, l'auteur a constaté une densité de 1.012 de l'urine s'élevant au taux de

Digitized by Google

1.500 cc. par jour et contenant une trace de sucre et quelques cylindres granuleux.

L'absorption de grandes quantités de liquides peut abaisser d'une manière très appréciable la densité d'une urine contenant une quantité notable de sucre. Dans l'un des deux cas semblables l'auteur a noté pendant des jours une densité de 1,019 qui oscillait souvent même entre 1,015 et 1,018; dans l'autre cas, après une grande absorption de bière, la densité tomba à 1,004. Külz a vu souvent ce chiffre tomber au-dessous de 1.010 (27 fois sur 224). Eichhorst a constaté le chiffre de 1.002. Naunyn celui de 1,003 dans une urine contenant 10 grammes de sucre par litre.

Différentes causes peuvent donc déterminer l'abaissement du chiffre de la densité urinaire dans le diabète sucré et il résulte de ces constatations qu'il ne faut pas négliger la recherche du sucre dans les urines à densité faible. — E. B.

La sécrétion de la pepsine dans les maladies de l'estomac. — Depuis l'introduction de l'analyse du chimisme gastrique d'après Hayem et Winter, les déterminations des éléments chlorés se sont multipliées à l'infini : par contre, le dosage de la pepsine est rarement effectué. Cela tient en partie à la difficulté technique de l'analyse quantitative de ce ferment, en partie à son importance clinique moindre que celle de la détermination chlorhydrique. Pourtant Linossier recommande la méthode de Mett (*Journal de physiol. et pathol. gén.* 1899) et Roth, dans un travail fait à la clinique du Pr Ewald dont on connaît la compétence spéciale dans ces questions, a obtenu de bons résultats avec cette même méthode (*Zeitschrift f. Klin.Med.*). D'après Mett, on emplit des tubes de verre d'un diamètre de 1 à 2 millimètres et de 18 centimètres de long avec du blanc d'œuf qu'on fait coaguler par l'immersion durant un quart d'heure dans de l'eau à 95°. Puis on coupe les tubes en portions de 2 à 3 centimètres de long. Ces portions sont plongées dans le suc gastrique filtré et ramené à une concentration de 30 gr. d'HCl pour 1.000.

Les résultats sont réguliers et concordent entre eux pour un même suc gastrique. Aussi pouvons-nous considérer les conclusions de l'auteur comme justes : les fluctuations de la sécrétion peptique sont aussi importantes que celles de la sécrétion chlorhydrique ; parfois le pouvoir peptonisant est au-dessous de la normale (hypopepsie), d'autres fois il est au-dessus (hyperpepsie) ; dans les estomacs atteints d'ulcères, de gastro-succorrhée, et chez deux dyspeptiques ne pouvant être rangés dans aucune gastropathie actuellement décrite, la quantité de pepsine était exagérée. Elle était diminuée dans les catarrhes chroniques et dans l'atrophie de la muqueuse gastrique, ainsi que dans le cancer. Husche (*Münch. med. Wochenschrift*, 1898) avait également remarqué ce parallélisme relatif des sécrétions peptique et chlorhydrique, qui n'est toutefois pas assez absolu pour permettre de conclure de l'une à l'autre.

Quoi qu'il en soit, la détermination de la pepsine a beaucoup moins d'importance que celle de l'HCl : mais on devrait surtout s'y attacher quand on prévoit l'occasion de pouvoir exciser un morceau de la paroi stomacale au cours d'une intervention chirurgicale ou à l'autopsie prochaine. De cette façon on arriverait à établir la lésion correspondante aux troubles fonctionnels observés. — Bd.

Ménorrhagie et métrorrhagie hystériques. — En France, divers auteurs ont admis l'existence de la métrorrhagie hystérique. Vedeler, qui n'admet pas la vérité de l'adage « tota mulier in utero », prouve à l'aide d'observations, que toutes les hémorrhagies utérines ne sont pas imputables à de véritables modifications organiques, et qu'un certain nombre d'entre elles sont réellement d'origine hystérique ou neurasthénique. (*Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, Christiania, août 1900). — R. D.

VOIES URINAIRES

Tuberculose et lithiase rénales. — C'est là une question des plus intéressantes de la pathologie rénale, car ces deux affections présentent des symptômes commun rendant le diagnostic différentiel parfois des plus difficiles. Notre excellent ami le Dr Berton (Th. Paris, 1900) sous la direction du Pr Guyon et de M. Albarran, vient de consacrer à ce sujet une étude intéressante.

Il étudie les différents signes fonctionnels avec leurs caractères particuliers, dans chacune de ces affections : telles la pollakiurie, la polyurie, l'anurie, puis l'hématurie sur laquelle il insiste beaucoup, ce symptôme étant un des plus importants, la pyurie, l'expulsion de calculs, la douleur rénale avec ses diverses modalités et enfin la colique néphrétique classique.

De l'étude de ces symptômes ressort que quelques-uns sont spéciaux aux deux affections, que d'autres leur sont communs et semblent avoir des caractères nettement opposés dans l'une et dans l'autre.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et dans certains cas les signes fonctionnels sont modifiés au point de rendre l'affection méconnaissable.

Digitized by Google

La tuberculose et la lithiase peuvent rester absolument latentes; cela est fréquent dans la tuberculose massive et d'après les observations de Bruce Clarke, cette latence s'observerait dans plus de la moitié des cas de lithiase.

En outre, tel malade porteur d'un calcul et menant une vie active n'a jamais eu d'hématurie, alors que tel autre lithiasique immobilisé dans un plâtre, a une hémorrhagie dont la cause n'apparaît que trois ans plus tard, aussi Berton rappelle-t il cette conclusion de M. Albarrau : « ni la durée du saignement, ni l'influence du mouvement et du repos, ni la coïncidence de la douleur ne sont pathognomoniques de l'hématurie par calcul du rein. »

La douleur occasionnée par le séjour d'un calcul dans le rein, de siège habituellement lombaire et provoquée par le mouvement, peut varier dans les mêmes circonstances que l'hématurie. Inversement, des malades porteurs d'un rein tuberculeux ont vu leurs douleurs calmées par le repos et augmentées par la fatigue, comme dans la lithiase classique.

Le diagnostic présente de plus grandes difficultés encore lorsque surviennent des complications, en particulier des infections secondaires. Enfin, l'association chez le même malade de la lithiase urinaire et de la tuberculose rénale, ainsi qu'on l'a observé dans plusieurs cas, rend le diagnostic presque impossible. Comment, en effet, ne pas faire une erreur lorsqu'un rein tuberculeux donne lieu à des hématuries avec douleurs rénales et expulsion de graviers.

L'ensemble des signes fonctionnels en général étant insuffisants pour porter un diagnostic, il faut demander à l'examen physique des renseignements plus précis.

La palpation a parfois fait sentir un calcul. La réaction à la tuberculine est inconstante. La constatation du bacille de Koch dans l'urine, a, pour la bacillose rénale, la même valeur diagnostique que la présence de ce microbe dans l'expectoration des tuberculeux pulmonaire.

La ponction à travers les tissus a rendu quelques services, dans la tuberculose surtout.

Actuellement, la radiographie, quoique n'ayant à son actif que quelques cas positifs, ne devra pas être négligée.

L'épreuve du bleu de méthylène, montrant la valeur fonctionnelle du rein, pourra être très utile au diagnostic.

L'opportunité du cathétérisme des uretères a été très discutée; ce moyen permet une analyse comparative de l'urine du côté sain et du côté malade et peut par conséquent donner de précieux renseignements. Comme la cystoscopie, elle a parfois permis de poser le diagnostic du siège et de la nature de l'affection suivant les lésions constatée dans l'uretère ou dans la vessie. En dernier lieu, la mise à nu du rein, la néphrotomie avec incision profonde du bord convexe du rein pourra être tentée, elle pourra trancher un diagnostic jusqu'alors hésitant. Cependant, dans plusieurs cas de lithiase supposée, elle n'a pas toujours permis de rencontrer le calcul, ce qui fait dire à M. Guyon qu'il est de plus en plus dans la croyance qu'il faut épuiser toutes les ressources de la palpation. — H. Milhiet.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des fractures du maxillaire inférieur. — En 1887, M. C. Martin fit connaître un nouvel appareil de contention appliqué aux fractures du maxillaire inférieur. La principale qualité de cet l'appareil était de maintenir la fracture réduite, et ce résultat était obtenu au moyen d'un ressort qui en constituait l'élément essentiel. Par sa tension et son élasticité il ramenait à leur place les fragments lorsque, du fait de la con- tracture musculaire et de la direction du trait de fracture, ils avaient de la tendance à se déplacer.

Le traitement des fractures du maxillaire par cet appareil nécessitait pendant les premiers jours une grande surveillance parce que les fragments se déplaçaient fréquemment; mais la contracture musculaire une fois disparue, les fragments se maintenaient parfaitement coaptés. La réduction persistait d'ailleurs, malgré les mouvements de mastication, et ceux-ci, du reste, étaient facilités par la disposition des pièces qui composaient cet appareil.

Dans ces mouvements, les surfaces osseuses venaient frapper l'une contre l'autre, et ce frottement détruisait les irrégularités des frag- ments, éliminait les petites esquilles et amenait ainsi une réduction parfaite.

Cependant, lorsque le trait de fracture simple ou double portait sur la partie postérieure du corps entre les molaires, on éprouvait de grandes difficultés à maintenir les fragments réduits : en effet, l'antérieur par son poids et par l'action des muscles abaisseurs ne restait pas au contact de la mâchoire supérieure, et, d'autre part, le ou les fragments postérieurs ne pouvaient être maintenus abaissés, attirés qu'ils étaient vers le haut par les muscles élévateurs trop puissants pour que leur action pût être annihilée par un ressort.

L'effort développé par ce ressort doit naturellement être limité, car une pression exagérée ne manquerait pas de provoquer des douleurs.

L'auteur eut au début de grandes difficultés qui

Digitized by Google

disparurent dans la suite lorsqu'il eut mis à profit l'abaissement naturel des fragments postérieurs. dans le mouvement d'ouverture de la bouche,

Dans uu récent mémoire Martin, attire l'attention sur le traitement des fractures du maxillaire par l'*ouverture de la bouche* et les avantages de la mobilisation des fragments.

Actuellement, dans le traitement des fractures du maxillaire inférieur compliquées ou non, il a abandonné à peu près tout appareil externe, sauf la bande de caoutchouc, pour ne conserver des anciens appareils que la pièce buccale en métal, ou mieux en caoutchouc durci, qui offre une réelle supériorité et se travaille plus aisément.

Le meilleur de tous les moyens pour arriver à la réduction, c'est certainement la mobilisation et le massage : leur emploi simultané est ce qu'on peut désirer de mieux. Mais le massage n'est pas toujours possible, par exemple dans les cas de fracture avec plaie, tandis qu'on peut presque toujours saisir les fragments par leur bord supérieur pour faire la mobilisation : cependant cette dernière est préférable, parce que, grâce à l'usure des rugosités et à l'élimination des esquilles, la coaptation se fait plus rapidement. Elle peut être pratiquée dès le début, et l'on obtient, avec la réduction, les précieux résultats qu'elle comporte : cessation définitive des douleurs, disparition rapide de l'œdème et des phénomènes inflammatoires, absence d'œdème secondaire. Les fragments coaptés n'ont plus de tendance à se déplacer, partant, plus d'excitation, plus de contracture musculaire réflexe. N'est-il pas naturel que, dans ces conditions, la consolidation se fasse rapidement et en bonne position ?

La réunion en bonne position doit être parfaite : elle ne saurait souffrir d'à peu près. Il faut absolument que l'arcade dentaire revienne à sa forme primitive, sinon la mastication sera défectueuse et le malade en souffrira.

La mobilisation, en faisant cesser les douleurs, en activant la réduction de la fracture et sa consolidation, permet donc d'obtenir la simplification des appareils, et même, dans certains cas encore assez nombreux, de les supprimer. En effet, si les fragments peuvent, étant au repos, se maintenir réduits, il est facile de comprendre qu'il faut bien peu de ehose pour les maintenir dans la même position lorsque la mâchoire sera en mouvement.

Dans ces conditions, la ligature des dents, faite avec tous ses ménagements, sera bien souvent un moyen de contention suffisant, surtout dans les fractures simples, et alors même que celles-ci présentaient, avant la réduction, un grand déplacement.

La ligature des dents peut être suffisante lors même que le trait de fracture porterait au niveau des molaires. Il suffit que le fragment postérieur offre un point d'appui pour qu'on puisse faire abaisser ce fragment, constamment attiré en haut par les muscles élévateurs.

C'est dans ces cas que l'usage de l'attitude *bouche ouverte* peut être d'une grande utilité.

La suture osseuse peut être aussi utilisée comme moyen de contention.

Enfin, on peut encore avoir recours au procédé suivant. Une petite plaquette métallique percée d'un trou à chaque extrémité est disposée parallèlement au rebord alvéolaire, de manière que chaque extrémité recouvre un des fragments.

Cette plaquette est alors fixée par des vis pénétrant par les trous dans le tissu osseux.

On aura soin, bien entendu, de faire pénétrer les vis dans l'espace compris entre les racines, pour ne pas atteindre la vitalité des dents, et de les placer suffisamment haut pour éviter la lésion du nerf dentaire, ce qui occasionnerait des douleurs.

Il est très difficile de maintenir le fragment postérieur abaissé et réduit. Plus il est court, plus la difficulté est considérable, quel que soit, d'ailleurs, l'appareil employé. Mais si l'on profite de l'abaissement spontané de ce fragment qui se produit lorsque la bouche est ouverte, et si l'on maintient cet abaissement, on voit que la fracture se réduit d'elle-même.

Il suffira donc de maintenir cette attitude pendant un temps suffisant pour obtenir une consolidation parfaite et en bonne position. Ce fait d'observation a une importance capitale.

Soit un malade atteint de fracture à deux fragments du maxillaire inférieur : si l'on fait ouvrir la bouche, le fragment postérieur s'abaisse de lui même et vient se placer à peu près au niveau du fragment antérieur. La fracture s'est pour ainsi dire réduite spontanément.

Si on place alors un coin de bois, de liège ou de toute autre matière entre ce fragment postérieur et la mâchoire supérieure, la fracture restera réduite et il suffira de laisser cet obstacle au rapprochement des mâchoires pendant un temps assez long pour voir la consolidation se faire dans cette position.

Cette simple vue théorique constitue, en pratique, une méthode de traitement d'une grande valeur; l'auteur l'a utilisée avec un plein succès depuis dix ans.

Il est bien évident que, le malade ne pouvant s'alimenter dans cette position, le coin devra être enlevé pendant les repas. Il est bon de l'enlever également de temps en temps pour faire reposer le malade, mais on le fera le moins possible au début.

Plus tard lorsque les fragments n'ont plus de ten-

Digitized by Google

dance au déplacement et qu'ils commencent à être unis par des adhérences fibreuses, on pourra se départir un peu de cette rigueur, mais le plus souvent le malade s'est habitué au port du coin et ne demande pas à en être débarrassé.

Il n'en est pas de même de la bande de caoutchouc servant de mentonnière : celle-ci, de 5 centimètres au plus de large, doit être portée constamment, et déborder un peu le menton en avant.

Elle est absolument nécessaire dans tous les cas de fracture, même celles qui n'offrent pas de déplacement. Cette bande, en effet, soulève les fragments antérieurs pendant le mouvement de l'ouverture de la bouche et tend à ramener ceux-ci au niveau des fragments postérieurs que maintiennent abaissés les coins interdentaires. C'est à la régularisation de ce double mouvement : abaissement du fragment postérieur, élèvation de l'antérieur, qu'on devra porter toute son attention. Le résultat final en dépend.

D'autre part, pendant le repas, lorsque les coins seront enlevés, la bande de caoutchouc maintiendra le fragment antérieur appliqué contre la mâchoire supérieure. Elle remplira, pour ce fragment, le rôle que les muscles élévateurs jouent pour le fragment postérieur.

La guérison sera d'autant plus rapide que le blessé sera plus docile, évitera de parler, et s'astreindra à ne faire exécuter à la mâchoire inférieure que le minimum de mouvement nécessaire à son alimentation.

Il est bien entendu que ces résultats ne peuvent être obtenus qu'au bout de quelques jours, et seulement lorsque les fragments n'ont plus de tendance aux déplacements, ce qu'on obtient par la mobilisation et le massage.

Mais le traitement des fractures du maxillaire inférieur sans le secours d'appareils exige, de la part du malade, une volonté et une docilité qu'on rencontre rarement. Il faudra en venir alors à l'emploi de la pièce buccale qui sera toujours suffisante. Cette pièce est également indispensable dans les fractures multiples, et, en général, dans tous les cas difficiles.

On pourra se servir avec avantage de la gouttière garnie de gutta-percha mais elle ne vaudra jamais la gouttière en tôle d'acier ou plutôt en caoutchouc durci que pourra confectionner un dentiste.

Cette dernière est encore, en effet, le meilleur appareil. Elle sera facilement fabriquée par tous les praticiens. Elle doit être vulcanisée sur le modèle en plâtre qu'on aura eu le soin de bien parer, tout en accentuant légèrement les interstices des dents.

Si l'on éprouvait quelque difficulté à mettre en place la gouttière, il suffirait de la plonger une minute dans l'eau chaude ou de la passer légèrement au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool et de l'appliquer encore tiède; elle entrera alors très facilement.

Le choix du caoutchouc à employer n'est pas indifférent : le caoutchouc pur, c'est-à-dire qui ne contient pas de matières colorantes, est de beaucoup préférable. Il permet d'obtenir, sous un plus petit volume, des gouttières bien plus solides et plus élastiques, et de faire une pièce assez mince pour que l'on puisse, grâce à son élasticité, la mettre en place sans difficulté et sans qu'il soit besoin de la ramollir par la chaleur. C'est là un avantage extrêmement précieux, car le malade doit pouvoir enlever et remettre seul son appareil pour le nettoyer aussi souvent qu'il est nécessaire.

On peut parfois se trouver en présence de fragments nombreux et disposés de telle façon qu'il est impossible de les fixer directement. Martin a adopté la conduite suivante : La première bande de métal est fixée parallèlement au rebord alvéolaire sur le fragment antérieur et sur le fragment postérieur. Cette lame est alors réunie à la gouttière par de petites bandes métalliques plus ou moins perpendiculaires qui sont fixées à la fois à la gouttière et à la lame. On obtient ainsi un treillis qui maintient très bien tous les fragments intermédiaires.

Il est bien évident que ce dispositif rend la gouttière inamovible jusqu'à la consolidation complète; aussi, comme dans ces cas la guérison est longue, on voit la plus grande partie de ces bandes se recouvrir de bourgeons charnus sous lesquels elles disparaissent; mais cette prolifération des tissus n'apporte pas un grand obstacle à l'enlèvement de l'appareil.

On exagèrera seulement les soins de propreté de la bouche qui sont d'ailleurs de mise dans toutes les fractures des maxillaires.

Les fractures isolées du condyle passent très souvent inaperçues lorsqu'il reste un nombre suffisant de molaires pour empêcher le déplacement dans le sens vertical; mais si les dents du côté de la fracture ont disparu, la branche montante est attirée en haut et parfois en arrière. Ce déplacement modifie complètement l'articulation des dents restantes, ce qui entraîne une gêne considérable de la mastication.

De plus, le menton se trouvant reporté du côté de la fracture, il en résulte une asymétrie faciale assez sensible. Pour parer à ces graves inconvénients et ramener le tout en ordre, il suffira de rétablir la hauteur et la continuité de l'arcade dentaire au moyen de pièces artificielles, et si on a soin de mobiliser souvent la mâchoire inférieure, on obtiendra rapidement la guérison en bonne position, soit par soudure osseuse, soit par pseudarthrose.

Digitized by Google

Mais il y a des cas rebelles où la déviation du menton persiste malgré ce traitement. L'appareil à employer consiste :

1° En une pièce buccale à laquelle est fixée une tige métallique terminée par un anneau. Cette tige s'attache à la pièce buccale sur la ligne médiane au niveau des incisives inférieures et fait, en dehors de la bouche, une saillie de 3 centimètres ;

2° D'une courroie qui ceinture la tête comme une couronne. Sur cette courroie est fixée, du côté opposé à la fracture, au niveau de la région temporale, une autre tige métallique descendant verticalement jusqu'au niveau de la bouche. L'extrémité inférieure de cette tige se recourbe en avant et se termine par une encoche. Il suffit de tendre, entre cette encoche et l'anneau de la pièce buccale, un fil de caoutchouc pour obtenir une traction continue qui attire en dehors le maxillaire dévié.

Une fois la consolidation terminée, l'asymétrie faciale aura complètement disparu.

Cet appareil sera indiqué aussi dans les fractures du corps du maxillaire avec projection du menton d'un côté.

En résumé, dans toutes les fractures du maxillaire, on doit faire la mobilisation des fragments qui est toujours possible, et y combiner le massage, s'il est praticable. C'est le meilleur moyen de faire cesser la contracture musculaire et d'obtenir la réduction, ce qui supprime les douleurs.

Dans les fractures simples, le maintien prolongé de l'attitude *bouche ouverte*, au moyen de coins placés entre les deux mâchoires pendant que le fragment antérieur est soulevé par une bande de caoutchouc en forme de fronde, suffira le plus souvent, chez les malades dociles, pour obtenir la réduction et la consolidation.

DIAGNOSTIC

La formule hemoleucocytaire dans quelques maladies infectieuses. — Depuis quelque temps, le recherches sur l'examen du sang se sont multipliées et l'on est arrivé à des conclusions assez intéressantes en ce sens qu'elles pourraient dans certains cas aider à établir un diagnostic épineux, ou qu'elles pourraient permettre de porter un pronostic plus exact. Le fait paraît surtout avoir de l'importance en ce qui concerne la variole.

En quoi consiste cette formule hémo-leucocytaire ? D'abord, à établir le nombre des leucocytes, et en second lieu leur qualité ; sont-ce des lymphocytes mononucléés ou des polynucléaires, et quelles sont les relations numériques de ces divers éléments ? C'est en cela que se résout le problème. Il y a même un degré de plus, car certains des noyaux sont neutrophiles, d'autres basophiles, d'autres acidophiles.

Comment faire ces recherches ?

La numération des globules est chose facile ; pour leurs qualités, on a recours à leurs réactions colorantes. Les colorants ordinairement employés sont l'hémateïne alunée avec éosine. 2° La thionine. 3° La solution triacide d'Ehrlich. La technique de l'examen du sang est très simple et nous n'insisterons pas. Voyons plutôt les résultats dans diverses maladies infectieuses.

A. *Dans l'érysipèle.* — Etudiée par MM. Chantemesse et Rey *(Soc de biologie, 18 j. 1899)*, qui sont arrivés aux résultats suivants : l'abaissement du chiffre de la leucocytose précède l'abaissement du chiffre thermique. Chez les adultes qui guérissent, il y a diminution constante des polynucléaires. Les grands mononucléaires augmentent au début de la défervescence. La courbe des lymphocytes marche en sens inverse de celle des polynucléaires. Les éosinophiles ordinairement absents reparaissent au moment de la défervescence.

Les cas qui se termineront par la mort, présentent de l'hyperleucocytose et de l'hyperpolynucléose.

La persistance ou le retour d'une polynucléose annonce l'imminence d'une rechute.

B. *Dans le paludisme.* — M. Billet (*Congrès de médecine* 1900) a observé les faits suivants :

Il existe, dans le paludisme, une formule hémo-leucocytaire déjà pressentie par les travaux de Kelsch, Dionisi, Bastianelli et Vincent. Cette formule, toujours identique à elle-même, quelle que soit la nature de l'accès intermittent, varie suivant les différentes phases du cycle évolutif des hématozoaires et de l'accès lui-même. Elle consiste :

1° En une *hyperleucocytose prémonitoire* qui atteint son apogée à la phase des frissons, c'est-à-dire au moment précis où les hématozoaires, sous forme de rosaces, vont se multiplier par voie endogène ou asexuée :

2° En une *hypoleucocytose* consécutive qui atteint son apogée à la fin de l'accès ou au commencement de l'accès suivant (dans le type quotidien), c'est-à-dire au moment précis où les hématozoaires se répandent dans le sérum sous forme de petits corps amiboïdes et vont infester de nouveaux globules.

3° L'hémo-leucocytose paludéenne est *toujours* une *lymphocytose*, c'est-à-dire qu'elle porte principalement sur les *lymphocytes* dont la proportion peut atteindre 60, 70 et même 80 0/0 du nombre total des leucocytes.

4° Dans le traitement de l'accès palustre par les sels de quinine, il existe également une formule hémo-leucocytaire qui reproduit, en l'exagérant, la formule précédente ; toutefois, à l'hypoleucocytose du début (survenant 3 ou 4 heures après l'administration de la quinine), succède une *hyperleucocytose quinique* qui se maintient tant que les hématozoaires persistent dans le sang et que l'on continue le

Digitized by Google

traitement. L'équilibre leucocytaire se rétablit progressivement avec la disparition graduelle des hématozoaires.

La quinine, en favorisant la phagocytose, est donc bien le médicament spécifique par excellence de la malaria.

En résumé, l'étude de l'hémo-leucocytose dans le paludisme présente une grande valeur au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement de cette maladie.

C. *Dans la fièvre typhoïde.* — Ces recherches ont été faites par MM. Courmont et Barbaroux (*Journal de pyhsiologie et de pathologie générale*, 1900, n° 4), et (*Société de biologie*, 1900). La formule hémoleucocytaire est essentiellement variable, de telle sorte qu'il convient de faire des réserves dans l'application au diagnostic et au pronostic. La formule moyenne est la suivante :

1° Hypoleucocytose à la période fébrile et relèvement à la fin de cette période portant surtout sur les lymphocytes. Le pourcentage des polynucléaires est au-dessus de la normale 80 0/0.

2° Il y a abaissement des leucocytes et des polynucléaires dans les derniers jours de la défervescence thermique et les premiers jours de la convalescence ; c'est le minima de la courbe. A ce moment, ce sont surtout les polynucléaires qui dominent (type inverse du précédent). C'est là un phénomène constant, analogue à celui qui se passe dans l'érysipèle. Les lymphocytes se multiplient ensuite plus rapidement.

3° Dans les formes prolongées, à rechutes irrégulières, compliquées, il y a variabilité et souvent hyperleucocytose avec augmentation des polynucléaires (95 0/0).

4° Les courbes de leucocytose et d'agglutination marchent souvent en sens inverse, ce qui ferait croire que la substance agglutinante se développe aux dépens des polynucléaires, mais le fait n'est pas certain (1).

D. *Dans la variole.* — Etudiée par Courmont et Montagard (*Journ. de physiol. et pathol. générale*, nos 4 et 5, 1900) et par Weil (*Soc. de biologie*, 1900, 23 juin), Courmont et Montagard (*Province méd.*, 13 octobre 1900).

Chez l'adulte, il y a hypopolynucléose ou mieux mononucléose. Ce caractère peut manquer, par suite de complications suppurées ou d'associations morbides entraînant inversement de la polynucléose. Chez l'enfant, la proportion normale des polynucléaires étant inférieure à 50 0/0, le sang variolique ne se distingue pas, à ce point de vue, du sang d'enfant sain. L'examen des mononucléaires permet cependant de caractériser le sang variolique. La plus grande partie des mononucléaires sont des mononucléaires moyens à protoplasma bien net mais non granuleux, à noyau foncé. On y trouve aussi des mononucléaires neutrophiles et eosinophiles. Les neutrophiles surtout caractérisent le sang variolique.

(1) Stienon. Leucocytose dans les maladies infectieuses (*Soc. des sciences de Bruxelles 1896*).

Les grands mononucléaires à protoplasma non granuleux, à noyau très pâle ne manquent presque jamais. En somme, les mononucléaires normaux du sang, d'origine lymphogène, sont augmentés de nombre et on rencontre des mononucléaires anormaux, des hématies nucléées, d'origine myelogène. Dans la vesicule et la pustule, il y a grande proportion de polynucléaires. Les abcès à pyogènes ne contiennent aucun des mononucléaires anormaux, ils sont d'ailleurs presque exclusivement composés de polynucléaires.

La formule hémoleucocytaire de la varicelle se rapproche de celle de la variole (Weil).

Les mononucléaires neutrophiles ont été trouvés également dans la diphtérie (Engel) et seraient d'un mauvais pronostic ; dans la période critique de la pneumonie (Cabot, Fürck) dans la coqueluche (Meunier).

La présence des mononucléaires dans le sang n'est donc pas absolument spéciale à la variole, mais il semble cependant qu'une mononucléose comprenant d'une façon constante, un assez grand nombre de myélocytes constitue une formule leucocytaire assez peu fréquente pour aider puissamment au diagnostic de la variole, surtout dès la période des rash.

E. *Dans la diphtérie.* — Etudiée par Bedrezka (*Ann. Institut Pasteur 1898*), Schlesinger avait déjà constaté de l'hyperleucocytose. Bedrezka est arrivé à des conclusions plus précises. Les enfants diphtériques en voie de guérison ont une hyperleucocytose polynucléaire très nette, laquelle dure, en moyenne, 12 à 15 jours jusqu'à la guérison complète.

Lorsque l'évolution de la diphtérie n'est pas régulière, et qu'au cours de la maladie surviennent des phénomènes entravant la guérison, on constate une corrélation frappante entre le degré de la polynucléose et la gravité de la maladie.

Les enfants qui ne peuvent pas guérir malgré le sérum, présentent un état leucocytaire que l'on n'observe jamais dans les cas se terminant par la guérison : ils ne présentent guère l'hyperleucocytose polynucléaire caractéristique.

Le degré de la polynucléose après l'injection du sérum antidiphtérique constitue un des éléments les plus sûrs de pronostic dans la diphtérie : c'est l'hémopronostic (1).

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance est consacrée à la lecture des rapports de MM. Laborde sur le concours du prix Pourat; Raymond, sur le concours du prix Civrieux ; Reclus, sur le concours du prix Campbell-Dupierris. (13 novembre).

(1) Voir aussi à ce sujet la thèse de Bize, Paris 1899,

Digitized by Google

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Embolie pulmonaire et poussées phlébitiques tardives. — M. Merklen (voir page 767).

Hépatisme et diathèse biliaire. — M. Glénard. MM. Gilbert et Lereboullet proposent de désigner sous le nom de diathèse biliaire un état constitutionnel particulier, que j'ai moi-même étudié et décrit depuis 10 ans dans diverses publications sous le nom de diathèse hépatique ou hépatisme.

L'hépatisme est une disposition anormale, persistante, par conséquent morbide, du foie à réaliser, sous l'influence de causes occasionnelles parfois légères, des maladies proprement dites. Ces maladies, dont le principe est hépatique, se trahissent soit par des syndromes dyspeptiques, névropathiques, cutanés, etc... soit par l'un des syndromes des maladies dites arthritiques, soit par un syndrome hépatique franc.

Les indications thérapeutiques sont les mêmes dans toutes les maladies de l'hépatisme : supprimer ou combattre la cause première (toxique, infectieuse, émotive, etc., etc...) combattre la cause seconde, c'est à dire la perturbation fonctionnelle du foie (cholagogues, laxatifs salins, diurétiques, suppression des boissons alcooliques, des graisses, des farineux, alcalins et cures alcalines, hydrothérapie chaude ou froide) (9 *novembre*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Plaies pénétrantes du crâne par coup de feu. — M. Nimier. Les prétendues désinfections des plaies du cerveau par balle, car on considère comme une désinfection bien complète le nettoyage extérieur de la plaie, l'enlèvement de quelques esquilles, cheveux ou caillots au milieu de la substance cérébrale broyée, ces prétendues désinfections donc réunissent surtout, quand la blessure est aseptique par elle-même ou si peu infectée que la résistance des tissus, favorisée par le drainage chirurgical du foyer, suffit à prévenir les accidents de méningite et d'encéphalite. L'aide que le chirurgien apporte à la nature, nulle pour ce qui est de la restauration du tissu nerveux lésé, est fort modeste quant à la désinfection de la plaie.

Il est impossible de régler d'une façon absolue l'extraction immédiate de la balle arrêtée dans le cerveau, cela résulte de l'étude de chaque fait en particulier.

M. Potherat, comme la plupart de ses collègues, est partisan de l'intervention immédiate, qui consiste à ouvrir le foyer de la blessure des parties molles, à élargir, nettoyer la perforation crânienne, à enlever les esquilles, cheveux, malpropretés, à extraire le projectile lui-même, s'il apparaît dans le champ opératoire au cours des manœuvres. Mais il bannit toutes recherches à travers la substance cérébrale. Il pense de plus qu'il ne convient pas de considérer comme inoffensif la présence dans l'encéphale d'un projectile, qui, d'abord bien toléré, peut déterminer des abcès consécutifs.

Fracture du calcanéum. — M. Hue, de Rouen, rapporte un cas de fracture du calcanéum par arrachement, qu'il a traité et guéri par la suture osseuse à l'aide de fils de fer, avec un résultat fonctionnel parfait. (*14 novembre*).

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie du rein et de l'urèthre ; indications et manuel opératoire, par V. Rochet, prof. agrégé à l'Université de Lyon, chez Steinheil, éditeur. Prix : 6 fr.

Ce volume fait suite à celui de la chirurgie de l'urèthre, de la vessie, de la prostate. Comme le dit l'auteur dans sa préface, ce livre s'adresse aux élèves soucieux de s'instruire, et aussi aux praticiens un peu éloignés des grands centres hospitaliers et d'enseignement, désireux de trouver un renseignement rapide sur des opérations spéciales, peu détaillées dans les grands traités généraux, et de prendre une vue d'ensemble sur les moyens tout nouveaux dont la chirurgie moderne s'est enrichie.

L'auteur s'efforce de poser les indications précises des diverses interventions dont il expose le manuel opératoire ; mais ne pouvant dans tous les cas donner des règles fixes, il y remédie par l'exposé détaillé des observations constituant des opérations nouvelles, et par le résumé de la pratique et de l'opinion des chirurgiens le plus autorisés à la matière, ceux qui ont le plus vu et le plus opéré, et dont l'expérience personnelle peut servir à jeter les premiers jalons sur la voie de cette thérapeutique chirurgicale.

C'est un excellent livre qui fait le plus grand honneur à son auteur et qui sera des plus utiles à tous ceux qui le liront.

La chirurgie et la médecine d'autrefois, par M. le Dr P. Hamonic. Maloine, éditeur.

La *Chirurgie et la médecine d'autrefois*, tel est le titre d'un intéressant livre que vient de publier Maloine et qui est dû à la plume si autorisée de M. le Dr P. Hamonic.

On sait combien ce chirurgien est versé dans les questions d'archéologie et combien importantes sont les collections qu'il a réunies.

Ce qui fait l'originalité de l'ouvrage que nous annonçons, c'est que l'auteur, au lieu d'appuyer sur des documents historiques une étude qui aurait été forcément sujette à discussion, et en tout cas d'une lecture peu attrayante, a voulu présenter l'état de la chirurgie et de la médecine d'autrefois en se basant exclusivement sur un certain nombre d'instruments et appareils renfermés dans ses collections.

THÉRAPEUTIQUE

Injections de créosote

Prenez :

Phosote. . . . . Q. V.

Injectez 2 à 3 centimètres cubes tous les deux ou trois jours. Faire des injections profondes dans les muscles. Ces injections ne déterminent aucune douleur. Le phosote contient 80 0/0 de créosote.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES BELLAMOUR, 107, RUE SAINT-DENIS.

Digitized by Google

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Doit-on admettre les peladiques dans les Ecoles et les diverses administrations?

par L. BROCQ, *Médecin de l'Hôpital Broca-Pascal.*

I

Quand on a commis une erreur, on doit la reconnaître publiquement et la proclamer bien haut. C'est ce que nous allons faire dans cette courte note que nous voudrions mettre sous les yeux de la grande masse des praticiens.

En 1887, (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 13 mai 1887. p. 307, n° 19), dans un article intitulé : Doit-on considérer la pelade comme une affection contagieuse? — j'exposais la théorie de la pluralité des pelades, théorie dont je suis encore partisan, et je concluais en disant « que l'étiologie de la pelade reste environnée de beaucoup d'obscurité ; il existe nombre de faits qui semblent prouver qu'elle est souvent d'origine nerveuse, et dès lors non contagieuse, mais la réalité anatomique de cette hypothèse n'a jamais encore été vérifiée; il existe, d'autre part, des faits d'observation dus aux dermatologistes les plus compétents, et nous nous contenterons de rappeler ici les noms de Bazin, Hardy, Lailler, E. Vidal, E. Besnier, qui démontrent que, dans certains cas, la pelade est transmissible de l'homme à l'homme, et cependant la preuve expérimentale et histologique de la nature parasitaire ou microbienne de cette affection n'a pu encore être établie. La conséquence logique et rigoureuse qui découle de cet exposé de l'état actuel de la science, est que jusqu'à plus ample informé, on est autorisé à admettre que dans le groupe pelade sont confondues des maladies distinctes, qui devraient être décrites à part, les unes contagieuses, les autres qui ne le sont pas. *Or, comme il nous est encore impossible de donner des caractères différentiels précis, permettant de reconnaître ces deux groupes de faits, et d'établir rigoureusement si une pelade donnée est transmissible de l'homme à l'homme ou ne l'est pas, il faut, jusqu'à ce que ce diagnostic soit possible, interdire l'entrée des écoles communes à tous les enfants atteints de pelade.* »

Telle est la phrase de proscription que j'ai écrite en 1887, phrase de réaction contre les opinions anticontagionnistes et de libre pratique, professées à cette époque par MM. les Drs Ollivier et Gaucher, qui réclamaient pour les enfants peladiques le droit d'entrer sans aucun contrôle dans les écoles. Cette phrase, je déclare hautement que je regrette de l'avoir écrite, et je tiens aujourd'hui à protester de toutes mes forces contre les mesures qui excluraient les peladiques des écoles du gouvernement.

D'ailleurs, dès 1889, dans mon ouvrage sur le traitement des maladies de la peau, j'avais abandonné mes idées de proscription rigoureuse pour adopter le règlement réellement libéral proposé par notre maître éminent, M. le Dr E. Besnier, dans son si remarquable rapport à l'Académie de Médecine (1).

Dans ce travail, qui est resté pour ainsi dire intact, malgré toutes les recherches récentes, le savant dermatologiste, au nom d'une Commission nommée par l'Académie, a édicté une série de mesures à prendre à l'égard des sujets peladiques. Cette règlementation devrait être connue de tous, et nous allons y revenir. Malheureusement, la grande masse des praticiens en a peu à peu oublié l'esprit large et tolérant, hypnotisée comme elle l'est de plus en plus par les idées microbiennes et par leur incroyable pénétration dans l'esprit du public. Sous l'influence de publications récentes dans lesquelles la nature microbienne de la pelade a été proclamée, dans lesquelles le microbe de cette affection a été décrit, la plupart des médecins, avides d'idées précises, ont définitivement adopté la théorie de la nature contagieuse de la pelade, et à l'heure actuelle, les mesures de proscription à l'égard des peladiques sont devenues presque générales.

Certes, de bons esprits ont fait entendre d'énergiques protestations. Je ne veux pas parler de l'étranger où il n'y a que peu de dermatologistes qui admettent la possibilité pour la pelade de se transmettre de l'homme à l'homme, mais de la France où, depuis de longues années, M. le Dr Horand, de Lyon, a mené une énergique campagne contre la théorie de la contagiosité de la pelade. Depuis quelque temps, il a réuni autour de lui des adhérents convaincus, et non des moindres : nous devons citer parmi eux notre excellent confrère et ami, M. le Dr Jacquet (2).

La récente discussion sur la Pelade qui vient d'avoir lieu au Congrès de Dermatologie, en août 1900, n'a pas été la consécration du triomphe des idées parasitaires. La spécificité des microbes jusqu'ici décrits comme pathogènes de cette affection n'a nullement été démontrée.

Aujourd'hui, comme il y a vingt ans, nous restons dans l'obscurité complète au point de vue de la pathogénie des alopécies peladiques. L'expérimenta-

(1) E. BESNIER. Sur la Pelade. — Nature. — Transmissibilité. — Origines. — Modes de propagation et de transmission. Prophylaxie publique et privée. Académie de Médecine, 31 juillet 1888.

(2) JACQUET. Nature et traitement de la Pelade, *Annales de Dermatologie*, mai, juin, août et septembre 1900.

Digitized by Google

tion, l'étiologie, les cultures, les inoculations n'ont rien donné de précis. Je déclare qu'il est abusif d'édicter des mesures restrictives à l'égard des peladiques en s'appuyant sur les résultats imprécis donnés jusqu'ici par les recherches de Laboratoire.

Voyons donc ce que la clinique nous enseigne, et nous tâcherons d'en déduire les mesures pratiques provisoires que l'on doit prendre à l'égard de ces malheureux.

II

Comme tous les dermatologistes, nous avons observé des faits dans lesquels il paraît possible de considérer la pelade comme une maladie contagieuse. Nous en avons vu un cas chez amant et maîtresse, trois cas chez mari et femme, quelques cas chez les parents, père ou mère et les enfants; mais ces derniers faits sont déjà bien moins démonstratifs. Certains coiffeurs nous ont semblé contaminer leurs clients à certaines périodes et ce fait d'observation a également été signalé par MM. les Drs Eichhoff et Sabouraud. Nous renvoyons aux travaux d'E. Vidal et Hardy, de Gillette, d'Hillairet, de Lailler, d'E. Besnier, de Thibierge, de Feulard, de Tommasoli, de Dubreuilh, etc., qui ont relaté des cas analogues.

Il semble donc que l'observation clinique démontre que la pelade peut se transmettre de l'homme à l'homme, et peut-être même, comme certains auteurs l'ont soutenu, de l'animal à l'homme.

Mais que sont ces faits positifs en comparaison de l'énorme quantité de faits négatifs que nous observons journellement? Je l'ai déjà dit et répété : c'est à chaque instant que nous voyons des peladiques ne prendre aucune mesure prophylactique, aucune précaution hygiénique, même la plus élémentaire, se servir des mêmes brosses, et des mêmes peignes que les autres membres de leur famille, changer de coiffures avec d'autres personnes, et ne créer autour d'eux aucun foyer de contagion.

Nous connaissons des individus atteints depuis plusieurs mois de pelade décalvante, forme dans laquelle pulluleraient les microbes pathogènes d'après quelques expérimentateurs, et qui, n'ayant pris aucune espèce de soins, n'ont contagionné personne dans leur entourage. Le mari peladique couche avec sa femme; le frère peladique joue avec le frère ou la sœur; tous les membres sains d'une famille où se trouve un membre peladique, se servent des mêmes objets de toilette sans prendre aucune précaution, et cela sans la moindre contamination.

Un peladique connu, M. le Dr Jacquet, essaie inutilement par des frictions fortes et rudes, répétées pendant des mois, d'inoculer sa pelade en un autre point de sa barbe et de son cuir chevelu, et il n'y parvient pas.

Ces faits qui semblent démontrer la non contagiosité de cette affection sont légion, et certes, on ne peut les négliger. Nous savons bien qu'un fait positif a plus de valeur qu'une innombrable quantité de faits négatifs. Mais, quand la question se présente comme celle de la contagiosité de la pelade, on est vraiment conduit à conclure que, parmi les maladies alopéciantes, rangées sous ce nom, il y en a peut-être quelques unes, fort rares, qui sont contagieuses, mais que l'immense majorité ne l'est nullement. Nous en revenons donc toujours à notre ancienne opinion de la pluralité des pelades, opinion que nous soutenions déjà avec nos maîtres en 1887. —Mais nous ne pouvons, partant des mêmes prémisses, aboutir aux mêmes conclusions qu'à cette époque : il nous paraît monstrueux de faire subir à des masses d'innocents une loi de proscription sous l'ironique prétexte qu'on ne peut les distinguer des coupables.

Et d'ailleurs, que nous enseigne l'observation clinique rigoureuse relativement à ce qui se passe dans les écoles? Depuis que l'on a regardé avec plus d'attention les têtes des enfants, depuis que l'on sais mieux reconnaître les diverses teignes tondantes et trichophyties, les alopécies péri et post-furonculeuses, péri et post-impetigineuses, les alopécies consécutives à des coups, les cicatrices, etc..., on n'observe plus d'épidémies de pelade vraie dans les écoles.

Déjà le merveilleux clinicien qu'était Lailler, avait remarqué que dans son service des teigneux de l'hôpital St-Louis, les peladiques prenaient parfois la teigne, mais que les teigneux ne prenaient jamais la pelade.

Quand on m'a consulté pour des épidémies de pelade constatées dans les écoles, je n'ai jamais, pour ma part, trouvé que des alopécies cicatricielles, des alopécies consécutives à des coups, des alopécies post-furonculeuses ou post-impétigineuses, et je sais que pas mal de dermatologistes français, mes confrères, ont fait la même constatation.

Que conclure de toute cette masse de faits négatifs ? Ceci certainement. C'est que si, parmi les alopécies dites encore à l'heure actuelle pelades, il y en a quelques-unes de contagieuses, elles sont infiniment peu fréquentes, que, dans l'immense majorité des cas elles ne sont pas transmissibles de l'homme à l'homme.

Cette contagiosité ne saurait à aucun titre être comparée à celle de la teigne, pas même à celle du favus.

Elle ne saurait surtout, comme le croient certaines personnes, s'exercer à distance, sans contact immédiat. Si parfois la pelade est contagieuse au même titre qu'une teigne, il faut, pour qu'elle se trans-

Digitized by Google

mette, qu'il y ait, comme pour la teigne, transport direct du germe contagieux de l'individu malade à l'individu sain, par l'intermédiaire d'un objet quelconque contaminé, cheveu malade, squames, doigts, objets de toilette, etc.

Le peladique est donc presque toujours un malade nullement dangereux pour son entourage, et les mesures draconiennes auxquelles il est actuellement soumis sont parfaitement inutiles et vexatoires.

Or la pelade est devenue une affection extrêmement fréquente depuis quelques années. Ce fait, qui est considéré par les contagionnistes comme une preuve de la transmissibilité de la maladie, peut tout aussi bien être expliqué par la fréquence croissante de toutes les maladies nerveuses. Les prurits divers, les prurigos diathésiques, les névrodermites ne sont nullement des dermatoses contagieuses, et cependant elles augmentent de fréquence depuis quelques années dans des proportions réellement considérables. Remarquons, en outre, que c'est surtout depuis que l'on prend à l'égard des peladiques de rigoureuses mesures d'isolement que leur nombre s'est accru.

Cette fréquence des alopécies peladiques fait que cette maladie devient un véritable fléau social. De nombreux enfants sont exclus des écoles, restent sans instruction et se livrent au vagabondage, des jeunes gens sont entravés dans leur carrière, ne peuvent préparer les écoles supérieures du gouvernement, ou sont momentanément renvoyés de ces écoles, des employés sont suspendus de leurs fonctions publiques ou perdent même leur place dans des administrations privées. Tout récemment, à l'hôpital Broca, n'ai-je pas été consulté par plusieurs employés des octrois de Paris que l'on empêchait de remplir leurs fonctions jusqu'à ce qu'ils fussent complètement guéris ?

Ces faits sont éminemment regrettables. Ils ont pour cause première la peur du microbe qui a envahi le public depuis plusieurs années, phobie qui n'est d'ailleurs qu'une déplorable exagération d'une idée juste, exagération contre laquelle les médecins devraient réagir.

Et, cependant, nous ne pouvons encore réclamer pour les peladiques l'abolition pure et simple de toutes les mesures prophylactiques que l'on prend à leur égard, puisque l'observation clinique semble démontrer que certaines alopécies peladiques peuvent être contagieuses, puisque dans l'état actuel de la science nous ne savons pas les distinguer de celles qui ne le sont pas. Comment donc tourner la difficulté, et donner aux malheureux atteints de pelades non contagieuses les satisfactions auxquelles ils ont droit ?

C'est ce que nous allons maintenant examiner.

III

Reprenons l'étude des mesures édictées par M. le docteur E. Besnier et par la commission de l'Académie de médecine.

« Dans tous les établissements publics, asiles, « écoles, écoles municipales, pensions, lycées, écoles « supérieures, corps de troupe, administrations, et « généralement dans toutes les agglomérations, aucun « sujet atteint de pelade ne peut réclamer son ad- « mission ou sa conservation comme un droit. Cette « admission ou cette conservation restent subordon- « nées aux résultats de l'enquête ouverte par les « médecins particuliers à chacun de ces groupes. — « Pour les cas où l'intéressé n'accepterait pas la dé- « cision de ces médecins, ou si ceux ci déclinaient « la responsabilité à encourir, la question serait « portée devant une commission compétente nommée « par l'autorité supérieure (E. Besnier : loc. cit.). »

Il est inutile de faire remarquer la sagesse de cette première proposition. Elle paraît inattaquable. Les médecins doivent, d'après elle, étudier chaque cas, et agir pour chaque peladique suivant les résultats de l'enquête qu'ils auront instituée à son égard : ils devront donc tâcher de découvrir s'il s'agit d'une forme contagieuse de pelade ou d'une forme non contagieuse. Tout cela est parfait, mais, il faut bien le reconnaître, seulement en théorie. En pratique, il n'en est malheureusement pas de même. On sait combien il est difficile de préciser, en présence d'un cas de pelade donné, s'il est oui ou non de nature contagieuse. On ne peut compter sur des médecins ordinaires pour résoudre cette question, alors que les spécialistes déclarent qu'ils n'ont aucun critérium pour distinguer les pelades contagieuses de celles qui ne le sont pas. Il en résulte qu'en pratique l'enquête minutieuse demandée par M. le Dr E. Besnier n'est jamais instituée, et que le médecin se fiant à la première phrase du règlement : « Le peladique ne peut réclamer son admission ou sa conservation comme un droit », exclut tout simplement les peladiques de tous les établissements publics.

Nous croyons donc nécessaire de modifier ce point de départ du règlement et de supprimer toute cette première phrase. Qu'on essaie de faire une enquête médicale sérieuse sur chaque cas de pelade, nous le voulons bien, qu'on tâche de préciser par les commémoratifs si, oui ou non, elle est de nature contagieuse, rien de mieux, mais qu'on n'établisse plus comme principe que le peladique n'a aucun droit.

Nous pensons, au contraire, que l'on devrait *inviter* les directeurs d'école et les patrons des établissements industriels à recevoir les peladiques, à la condition expresse que les sujets malades se soignent

Digitized by Google

attentivement et aient leur tête constamment couverte.

Et, en effet, du moment qu'un peladique porte ses cheveux tout à fait courts, qu'il se rase la barbe, qu'il fait un traitement approprié, qu'il garde la région malade constamment recouverte, il n'est nullement dangereux pour les personnes qui l'entourent. Aussi devons-nous inviter les directeurs d'établissements à admettre ces malades, pourvu qu'ils veuillent bien se conformer aux règles d hygiène que nous venons de poser.

Nous ne pouvons qu'approuver, en les rééditant, la plupart des autres mesures réclamées par M. le Dr E. Besnier dans son rapport. Nous faisons simplement des réserves pour la suivante :

« Pour les asiles et les écoles de la première en-
« fance, la non admission, l'exclusion ou l'isolement
« effectif seront la règle, parce que la rigueur de
« ces mesures n'a pas pour les enfants de cet âge la
« même gravité que pour ceux qui sont plus avancés
« et parce qu'il est impossible de compter en rien
« sur leur concours. (E. Besnier, loc. cit.) ».

Nous persistons à croire que la tolérance que nous réclamons pour les peladiques doit s'étendre même aux enfants des asiles. Que deviendront-ils pendant que leurs parents iront à leur ouvrage? On devra les surveiller, leur maintenir la tête soignée et constamment recouverte. On ne peut, pour les raisons que nous avons exposées plus haut, les frapper d'un ostracisme qui, pour la plupart, est totalement injustifié. Nous réclamons pour eux les mêmes mesures que celles qui ont été proposées pour les enfants plus âgés, mesures qui sont déjà bien suffisamment rigoureuses, et que voici :

« Dans les écoles primaires, il sera possible d'ad-
« mettre les peladiques, à la condition qu'ils de-
« meurent séparés pendant les classes, isolés pendant
« les récréations, soumis à un traitement approprié
« et aux mesures de propreté ci-dessus indiquées;
« enfin, qu'ils auront la tête couverte toutes les fois
« que l'étendue et le nombre des plaques alopéciées ne
« permettront pas d'en faire l'occlusion « effective »
« par les emplâtres, collodions ou traumaticines.

« Pour tous les externats, les peladeux peuvent
« être admis aux classes et aux cours à des condi-
« tions analogues; la récréation et l'étude en com-
« mun sont soumises à une surveillance particulière
« sous la direction du médecin de l'établissement.
« Les élèves auront la tête couverte par une perruque,
« si les plaques peladiques sont nombreuses et éten-
« dues, ou un bonnet dans les cas moins intenses.

« Pour les internats, écoles supérieures, écoles
« spéciales, etc., la surveillance pouvant être exercée
« encore plus utilement que dans les conditions de
« l'article précédent par le médecin attaché, et l'âge
« des sujets pouvant permettre de compter sur leur
« concours, on ne prononcera la non admission ou
« l'exclusion temporaire que rarement et pour des
« cas particulièrement intenses.

« Presque toujours les jeunes peladiques pourront
« être conservés, à la condition que leurs parents
« acceptent les mesures auxquelles ils devront être
« soumis, la surveillance et les soins du médecin de
« l'établissement, qu'il soit pris, aux récréations ou
« au dortoir, des mesures de précautions appropriées,
« et qu'ils aient la tête couverte d'une perruque ou
« d'un bonnet.

« Si ces mesures, dont le degré sera réglé par
« l'intensité de la maladie, ne sont pas applicables
« dans un établissement en particulier, on aura tou-
« jours la ressource de conserver les peladiques
« comme externes.

« Dans tous les cas où des sujets peladiques con-
« servés par tolérance seront devenus le point de dé-
« part manifeste de cas nouveaux, cette tolérance
« cessera aussitôt la constatation d'un foyer, laquelle
« entraîne de plein droit l'élimination immédiate de
« tous les malades. » (E. Besnier, loc. cit.).

Nous pensons que les mesures précédentes donnent satisfaction aux contagionnistes les plus convaincus, les plus irréductibles. Il faudrait seulement qu'elles fussent appliquées en tenant compte surtout de l'esprit de tolérance qui les anime, et non pas uniquement des restrictions qu'elles comprennent, et grâce auxquelles un médecin timoré ou un directeur d'établissement malveillant peut exclure un peladique quelconque.

Le dernier paragraphe de ces instructions, celui qui décrète l'exclusion immédiate des peladiques autour desquels s'est formé un foyer d'infection doit suffire pour rassurer toutes les consciences et calmer toutes les craintes.

Pour donner une sanction aux réclamations que nous venons de formuler, nous estimons qu'à l'heure actuelle un médecin consulté par un peladique doit tout d'abord essayer d'instituer une enquête pour savoir si oui ou non il y a des probabilités pour que la pelade en question soit contagieuse, s'il y a oui ou non autour du malade des membres de sa famille ou des amis atteints de pelade, s'il y a des probabilités pour que, ayant fait usage d'une tondeuse banale il ait été contaminé par un coiffeur. Si le résultat de cette enquête est positif, s'il y a vraiment quelques chances pour que l'on ait affaire à une alopécie peladique contagieuse, il ne faut pas délivrer de certificat permettant l'admission dans un établissement public,

Digitized by Google

Dans le cas contraire, si le résultat de l'enquête est négatif, nous conseillons de délivrer un certificat conçu en ces termes :

Je, soussigné, etc..., certifie que M. X... est atteint de pelade, mais j'estime qu'on peut l'admettre à l'école (ou à l'usine ou dans des bureaux, etc...) sans aucun danger pour l'entourage, à la condition expresse qu'il se soigne d'après les règles connues, et que la région malade reste toujours hermétiquement recouverte.

Nous savons bien que cette rédaction ne satisfera personne. Les contagionnistes trouveront exorbitante cette permission de recevoir un peladique dans un établissement public, les non contagionnistes trouveront que les mesures de précaution exigées du peladique sont vexatoires, et ils demanderont de substituer au mot « j'estime qu'on *peut* l'admettre » le mot « j'estime qu'on *doit* l'admettre ».

Je serais assez porté pour ma part à accepter cette dernière modification quand il s'agit des écoles du gouvernement ou des administrations d'état; il est en effet par trop évident que le peladique non contagieux a des *droits* à y être admis au même titre que tout autre citoyen, et que la collectivité est suffisamment protégée : 1° par les mesures de précaution imposées à un peladique qui presque toujours n'a aucun besoin d'en prendre; 2° par la mesure qui impose le renvoi immédiat de tout malade qui a créé autour de lui un foyer de contagion.

Ce point-là est, ce me semble, à discuter : mais je ne saurais admettre cette modification des termes du certificat quand il s'agit d'écoles et d'administrations privées, car on ne peut imposer, à un particulier d'accepter un sujet qui est pour lui un objet de crainte : on doit simplement essayer de le rassurer et de lui persuader que le malade n'offre aucun danger pour l'entourage; c'est ce qu'indique suffisamment notre certificat.

Qu'on ne s'imagine pas que nous venons d'enfoncer une porte ouverte, et que l'esprit de tolérance que nous réclamons pour les peladiques règne partout en France depuis les travaux de M. le Dr E. Besnier. Nous avons déjà cité dans cet article des exemples d'intolérance odieux ou ridicules : ils pullulent autour de nous. Aussi n'avons-nous pas hésité à rééditer dans ce journal de Pratique médicale les admirables prescriptions que l'on vient de lire en les interprétant dans un sens encore plus large. Nous appelons l'attention des pouvoirs publics sur ce point, et nous demandons aux médecins d'agir dans la voie que nous venons d'indiquer pour tâcher d'améliorer le sort des peladiques dans les agglomérations encore par trop nombreuses où ils subissent le sort des teigneux.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin. — Ed. Schwartz.

Traitement chirurgical des abcès du foie

Nous ne nous arrêterons pas longtemps à l'histoire du traitement des collections purulentes du foie, si bien étudiée et exposée par les divers auteurs et en particulier dans le traité si complet et si nourri de Bertrand et de Fontan. Elle nous montre tous les tâtonnements, toutes les hésitations de la chirurgie jusqu'au jour où Stromeyer-Little, de Schanghaï, fit l'ouverture franche, rapide et large des abcès du foie, et institua ainsi la méthode qui devait faire entrer leur thérapeutique dans une voie nouvelle et féconde.

Certes, il y avait eu, avant la publication par Ayme des succès obtenus par le chirurgien de Schanghaï, des efforts tentés pour arriver à une meilleure thérapeutique que les ponctions ou les ouvertures au caustique; certes, on est forcé de reconnaître que Dutroullau, dès 1868, avait déjà conseillé la large ouverture au bistouri ; que Mac Leod et Henderson, peut-être avant Stromeyer Little, avaient incisé avec succès des abcès du foie ; mais il n'est pas moins certain que c'est grâce à la vulgarisation du procédé employé par Stromeyer-Little, à la commnnication de Rochard à l'Académie de médecine, que cette manière de faire a été mise en relief. A dater de ce jour, les chirurgiens plus confiants, ayant d'ailleurs à leur service par la grande découverte de Lister, les ressources de l'antisepsie, n'ont pas craint de l'imiter, de la modifier en bien et d'arriver, en somme, à des résultats excellents, alors qu'auparavant, la mort était la terminaison habituelle de cette redoutable affection, qu'on l'abandonnât à elle-même ou qu'on la traitât par les moyens chirurgicaux connus.

Du moment que la symptomatologie, les anamnestiques nous font penser à la présence d'une ou de plusieurs collections suppurées dans le foie, il n'y a pas à hésiter, il faut évacuer le pus, obéissant ici plus que jamais à l'ancien adage : *ubi pus, ibi evacua.* Il faut évacuer l'abcès le plus rapidement possible, et cela sans attendre, comme on le faisait autrefois, les signes patents de la suppuration, voussure, œdème de la paroi, etc. Dès qu'un abcès du foie est soupçonné, il faut aller à sa recherche et l'ouvrir.

Nous avons vu le rôle de la ponction au point de vue du diagnostic de la suppuration et en même temps de son siège. La ponction a pu, à elle seule, guérir un certain nombre d'abcès; le cas de Moutard-Martin est classique ; nous en connaissons d'autres, où, l'abcès évacué, on a fait par le trois-quart des lavages de la poche avec des liquides variés et

Digitized by Google

obtenu la guérison. Est-ce une raison pour en rester à cette manœuvre et la conseiller ? Nullement.

Nous sommes d'avis qu'avancés comme nous le sommes actuellement, ce serait là une conduite chirurgicale désastreuse ; elle doit être bannie ou tout au plus réservée à des cas exceptionnels. Nous ne nous y arrêterons pas plus longtemps, non plus qu'aux méthodes qui amènent l'ouverture des abcès par les caustiques, à celles qui cherchent d'abord à créer des adhérences pour prévenir, lors de l'ouverture, l'effusion du pus dans le péritoine.

Tout cela est suranné et nous ne nous occuperons que des méthodes vraiment chirurgicales qui ont pour but, après l'incision de la ou des cavités suppurées, leur facile drainage et leur guérison.

Nous diviserons, au point de vue des indications et du traitement, les abcès du foie en deux catégories : ceux qui constituent des tumeurs liquides accessibles par l'abdomen dont le développement est plutôt abdominal ; ceux dont le développement est plutôt thoracique par le fait de leur ascension vers la voûte diaphragmatique.

Avant de décrire les opérations dirigées contre les deux variétés, finissons-en avec la ponction que nous avons déjà étudiée au point de vue du diagnostic, que nous avons jugée comme ressource en fait de traitement, et dont nous voudrions parler maintenant en tant que manœuvre opératoire proprement dite.

La ponction peut être pratiquée exclusivement comme moyen de diagnostic ; nous l'avons déjà étudiée à ce point de vue.

Du moment que le trois-quart ou l'aiguille enfoncée dans le foie donne issue à du pus, le chirurgien doit avoir tout préparé pour se servir du trois-quart ou de l'aiguille comme guide et inciser séance tenante l'abcès du foie décelé. C'est là une manière de faire qui est de plus recommandée par les chirurgiens les plus autorisés et qui nous paraît absolument rationnelle. Elle évite certainement des déconvenues pouvant résulter du fait que l'aiguille ou le trois quart retiré, l'on ne retrouve plus, surtout lorsqu'il s'agit de collection un peu profondément située, le pus aussi rapidement et aussi facilement.

On ne se départira de cette conduite que lorsqu'il y aura une impossibilité, un danger de faire immédiatement suivre l'opération complète (insuffisance de l'instrumentation, pas d'aides). Ce sont là des circonstances absolument exceptionnelles.

On est allé jusqu'à préconiser une manière de faire encore plus précise si possible ; elle consiste, une fois le ventre ouvert, le foie mis à découvert par n'importe quelle incision, à faire la ponction et à se guider alors sur elle pour faire l'ouverture de la collection. La laparotomie exploratrice, suivie de la ponction au point suspect, ne nous paraît pas devoir être admise en général ; outre qu'une laparotomie, même aseptique, est toujours moins bénigne qu'une ponction bien faite avec un trois-quart de Potain, elle commande la plupart du temps l'anesthésie générale, alors que la ponction se fait sans aucune anesthésie, celle-ci n'étant pratiquée que si elle a été positive

La laparotomie exploratrice, suivie de ponctions ne doit être réservée que pour certains cas de diagnostic très douteux où la ponction est restée négative, où l'on soupçonne la possibilité aussi bien d'une tumeur solide que d'un abcès, ou bien encore qu'il s'agit d'une péritonite enkystée conduisant ensuite sur l'abcès du foie.

Lorsqu'il existe une fistule par suite d'une ouverture spontanée de l'abcès à la paroi, ou comme reliquat d'une opération déjà faite, mais non guérie, la ponction est inutile ; c'est sur le trajet fistuleux que se guidera le chirurgien pour arriver jusque sur le foyer purulent.

L'opération de Stromeyer Little a fait faire un pas décisif à la thérapeutique des abcès du foie : elle consiste dans :

1° La recherche hâtive du pus, par les ponctions comme l'avait indiqué Murray ;

2° L'ouverture de l'abcès en un seul temps, suivant comme guide le trois-quart explorateur sans souci des hémorragies, des adhérences, ni de la pénétration du pus dans le ventre ;

3° Le drainage et les lavages antiseptiques.

L'originalité de la méthode consiste dans l'ouverture rapide sur conducteur de la poche découverte, traversant d'un seul coup toute l'épaisseur de la paroi, faisant là ce que l'on fait dans la trachéotomie en un seul temps par la méthode de Saint-Germain. C'est là une manœuvre contre laquelle s'élèvent actuellement presque tous les chirurgiens, à moins de conditions spéciales de la superficialité du pus, d'adhérences certaines, de la certitude encore de n'avoir sous le bistouri aucun organe important à blesser. Elle n'a pas de raison d'être si ce n'est peut-être sa rapidité quand l'on ne peut pratiquer l'anesthésie générale qui nous paraît de mise toutes les fois qu'elle est possible. En tout cas, on aura toujours à sa disposition l'anesthésie locale à la cocaïne.

Nous nous élevons donc formellement contre le temps essentiel de l'opération de Stromeyer Little, n'en retenant que la recherche hâtive du pus, l'incision large en se servant du trois-quart comme guide, enfin le drainage et les lavages. Il pourra être, dans certaines circonstances, une manœuvre de nécessité, mais jamais une manœuvre de choix. La manœuvre de choix c'est : quel que soit le siège de l'abcès, l'in-

Digitized by Google

cision chirurgicale, couche par couche; elle variera, bien entendu, suivant le siège même.

S'agit-il d'un abcès de la face antéro-supérieure du foie faisant saillie sous les côtes et dans l'abdomen? L'incision guidée par le trois-quart explorateur se fera tantôt sur la paroi abdominale antérieure tantôt sur la portion thoracique. S'agit-il d'un abcès de la face concave? c'est par la paroi abdominale antérieure que l'on ponctionnera et incisera? S'agit-il enfin d'un abcès postéro-supérieur remontant dans le thorax, c'est l'incision thoracique qui y donnera accès.

D'après le siège, les incisions seront tantôt abdominales, tantôt thoraciques.

Les incisions abdominales seront verticales, de huit à dix centimètres de longueur, toutes les fois que cela sera possible (abcès du côté gauche, abcès du bord antérieur) situées dans la ligne blanche, le long du bord externe du droit antérieur de l'abdomen. Le plus souvent elles seront parallèles au rebord des fausses côtes, et l'on sera quelquefois obligé, pour arriver facilement à inciser ou à drainer les grands abcès de la face externe, de réséquer, d'après Lannelongue, le bord inférieur de la cage thoracique, sans ouvrir le cul-de-sac pleural. L'opération de Lannelongue est excellente dans ces cas et ne saurait être trop recommandée.

Les incisions thoraciques seront tantôt latérales, tantôt postérieures, pouvant aller du 6e espace au 12e espace intercostal. Elles devront toujours être accompagnées de la résection d'une côte, de celle qui est située au-dessous de l'espace intercostal où la ponction a été faite. La résection costale préconisée par Chauvel, est de règle actuellement et il est impossible de ne pas reconnaître les avantages qu'elle offre au point de vue de la découverte large, de l'incision de l'abcès et surtout de son drainage.

Lorsqu'on suit la voie thoracique, dite encore transpleurale, après l'incision de la peau qui doit avoir de 8 à 10 centimètres, on trouve au dessous de la paroi la plèvre et en particulier le sinus costo-diaphragmatique qu'il faut traverser ainsi que le diaphragme pour arriver sur le foie. L'incision transpleurale ou encore pleurodiaphragmatique, est une de celles que l'on est obligé d'employer le plus souvent, étant donné le siège de prédilection des abcès dans le lobe droit du foie.

Lorsqu'on arrive sur la plèvre, deux cas peuvent se présenter : ou bien elle est malade, le sinus costo-diaphragmatique est comblé par des adhérences unissant les deux feuillets costal et phrénique, rarement il contient du liquide; ou bien elle est saine, les deux feuillets sont accolées dans la partie inférieure du sinus, déplissés au contraire à chaque inspiration dans la partie supérieure, vers le 7e espace intercostal; le plus souvent le diaphragme est refoulé par la saillie de l'abcès et le sinus est par cela même rendu plus profond et l'accolement plus intime sur une étendue plus grande.

Il s'agit de traverser la plèvre sans amener de pneumothorax et d'empêcher, quand on incisera l'abcès, le pus d'y pénétrer et de produire une pleurésie purulente. Lorsque des adhérences existent, rien de tout cela n'est à redouter. Lorsqu'elles n'existent pas, quelle conduite faut il tenir? L'incision directe des deux feuillets pleuraux doit être précédée toutes les fois que cela est possible de la suture en surjet à la soie ou au catgut (le catgut vaut mieux) des deux feuillets sur l'étendue que l'on veut donner à l'incision de façon à prévenir toute entrée de l'air et surtout toute pénétration de liquide septique. Ce n'est que lorsque cette suture aura été pratiquée au-dessus et au-dessous, que l'on incisera la plèvre costale dite diaphragmatique adossée et qu'on pénètrera ensuite à travers le diaphragme jusque sur le foie. Le bistouri doit sectionner le diaphragme sur une longueur de 5 à 6 centimètres, ce qui donne de la sorte une large boutonniére entourée d'une bonne suture. L'opération ainsi décrite se fait sans aucune difficulté lorsque l'anesthésie est facile, qu'il n'y a ni toux ni vomissement. Il n'en est plus de même lorsqu'on est en proie à ces contre-temps qui la compliquent singulièrement, et il vaut mieux attendre le calme que de continuer en risquant les accidents sur lesquels nous insisterons plus loin en ayant soin si la plèvre est déjà ouverte, de faire tamponner par un aide.

Que l'on ait fait l'incision péritonéale ou transpleurale, nous voici sur le foie. Deux conditions peuvent se présenter. Il y a des adhérences ou il n'y en a pas. S'il y en a, il n'y a qu'à passer à travers, toujours le long du trois-quart conducteur; l'abcès est en général très superficiel, on y arrivera facilement. Ces cas constitueraient évidemment, s'il était possible de les diagnostiquer avec sûreté, le triomphe de la méthode de Little Stromeyer. Mais il est loin d'en être ainsi. S'il n'y a pas d'adhérences, on trouve la surface lisse du foie qui glisse sous le péritoine. Ayant fait largement écarter les tissus de la plaie pariétale de façon à bien mettre à découvert tout autour du point ponctionné la surface du foie où doit porter l'incision, l'on protègera par des compresses stérilisées enfoncées entre lui et la paroi contre l'issue de liquide septique dans la grande cavité péritonéale.

Si l'abcès est très superficiel, la poche fortement tendue, rien n'empêche de la vider tout d'abord aussi complètement que possible à l'aide du trois-quart aspirateur; puis, fermant l'orifice avec une pince en cœur, on fera la suture préventive pour ouvrir ensuite largement et drainer.

Digitized by Google

Sinon, plongeant le bistouri le long du conducteur, l'on ouvrira rapidement l'abcès d'où jaillira le pus; le bistouri sera remplacé par l'index de la main gauche, qui se rendra compte de la forme, de la situation de la poche ouverte; sur l'index laissé en place, et, jouant le rôle d'obturateur et de guide, on débridera dans le meilleur sens pour l'évacuation facile de la collection purulente. Celle-ci sera complétée puis un gros tampon (éponge ou compresse) fermera momentanément l'orifice, pendant que le chirurgien, après avoir enlevé les compresses protectrices souillées, attirera le foie et le suturera pour l'empêcher de fuir aux bords de l'incision suivant toute l'épaisseur ou une partie seulement de celle-ci.

Lorsqu'on fait l'incision parallèle au rebord des fausses côtes, il suffit, d'après Fontan, de suturer le foie à la lèvre inférieure de l'incision pour l'empêcher de se rétracter et permettre un bon drainage, d'autant que la suture à la lèvre supérieure serait relativement pénible par suite de la voussure thoracique.

Pour notre compte, nous préférons toujours faire une suture totale qui, malgré toutes les discussions, nous donnera une plus grande sécurité.

Il est une manière de faire qu'on peut employer, quand l'accès du foie est facile, que ce dernier est peu congestionné, peu saignant, c'est la suture préventive; avant l'ouverture, on suturera avec du catgut fin et de fines aiguilles le péritoine pariétal au foie en n'en prenant qu'une mince épaisseur. On s'arrêtera si les points saignent ou si le tissu friable ne résiste pas à la striction même légère des fils pour en revenir à l'incision sans suture préventive

La suture préliminaire nous est un garant de la non-infection péritonéale, lorsqu'elle peut être faite rapidement et facilement. Cela n'empêchera pas de passer ensuite de distance en distance quelques fils (soie ou crin) pour fixer plus solidement le foie à la paroi.

Lorsque le foie est fixé, on insinue dans l'abcès deux gros drains accouplés en canons de fusil, maintenus par deux grandes épingles de sûreté ou suturés à la peau et on lave largement la poche avec une solution antiseptique faible jusqu'à ce que le liquide ressorte clair.

Telles sont en résumé les interventions pratiquées la plupart du temps avec des variantes suivant le tempérament chirurgical de chacun, suivant les conditions anatomiques spéciales au cas opéré.

Il nous faut maintenant parler d'un temps accessoire auquel Fontan attache une grande valeur et qu'il regarde comme un des facteurs importants de la guérison rapide de ses opérés, en un mot du curettage des abcès du foie. « Si l'on se rappelle que les parois de l'abcès sont ordinairement revêtues de franges sphacélées, de détritus adhérents qui forment parfois des masses épaisses, on comprendra que ces parties puissent difficilement se détacher par de simples lavages et être entraînées à travers les drains. Pourquoi ne pas enlever cette boue du premier coup et entraîner par un curettage méthodique ces parties putrilagineuses adhérentes encore et dont l'élimination est nécessaire à la guérison ? » De là est venue à Fontan l'idée du curettage.

Celui-ci consiste, une fois l'abcès largement ouvert et avant l'introduction des drains, à prendre une curette utérine un peu forte, puis après avoir exploré le foyer abcédé avec le doigt pour se rendre bien compte de la structure de sa surface interne, de sa paroi, à enlever à la curette tous les détritus, toutes les parties mollasses et comme fongueuses qui y sont adhérentes.

La curette n'a pas à mordre profondément : il suffit d'un raclage bien superficiel pour enlever toute cette boue qui mettrait un temps assez long à s'éliminer; de temps en temps la pulpe de l'index va reconnaître les endroits où il y a encore des tissus pulpeux et comme flottants dans la cavité pour les enlever. Ce n'est que lorsque la résistance du tissu sous-jacent devient assez forte et produit une sorte de cri analogue au cri utérin que la besogne est terminée.

Si l'examen par le doigt a permi de constater qu'il s'agit d'un abcès à parois lisses, résistantes, point n'est besoin du curettage. On combinera de temps en temps l'action de la curette avec le lavage ou encore le nettoyage de l'abcès à l'aide d'une éponge ou d'un tampon monté sur une longue pince.

Fontan attache une grande importance au curettage des abcès du foie; dans sa communication à la Société de Chirurgie il cite les chiffres suivants éloquents au point de vue de la bonté de cette pratique. En 1895, le curettage après ouverture large lui avait donné 17 guérisons sur 21 opérés; actuellement sur 52 cas curettés il n'a eu que 4 insuccès, soit une proportion de guérisons de 92 p. 100. On a beaucoup critiqué de côté et d'autre cette manière de faire de Fontan et de ses élèves; on a accusé le curettage de produire des hémorragies. Cela ne paraît pas être le cas, tous les vaisseaux sanguins et les canaux biliaires sont thrombosés dans le voisinage de l'abcès. Le grand avantage serait non seulement la guérison plus assurée, mais encore plus rapide, ce qui n'est pas à dédaigner chez des sujets souvent épuisés lorsqu'on arrive à l'action chirurgicale.

Tels sont les principes pratiques du traitement chirurgical des abcès du foie, principes qui seront bientôt exposés dans notre livre sur la « chirurgie du foie ».

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

TOXICOLOGIE

L'empoisonnement par les champignons

Chaque année, à l'automne, les journaux de province enregistrent de nombreux cas d'empoisonnements par les champignons, et il semble qu'une question, intéressant à ce point l'hygiène publique, devrait être généralement et parfaitement connue, tout au moins du corps médical. Il n'en est rien ! Les idées les plus fausses, les opinions les plus erronées ont cours, au sujet des champignons, dans le public, et sont partagées par les médecins et les pharmaciens, n'ayant souvent que des notions imparfaites en matière de mycologie.

Les champignons constituent des aliments très recommandables et par leur sapidité, leur arôme agréable, et par leur valeur nutritive, leur teneur en azote, qui varie, d'après les analyses chimiques (Braconnot, Bouillon-Lagrange, Payen, Boudier, Peterman, Schlossberger et Dœpping, Kœnig, etc.), et suivant les espèces, de 4 à 24 0/0. Le champignon de couche est l'objet d'une consommation et d'un commerce très importants, puisqu'en 1899 il s'en est vendu sur le marché de Paris 2.985.717 kilogrammes, représentant une valeur de 3.738.688 francs (1). Il n'est pas seul, d'ailleurs, et, sur le carreau des Halles, la vente est autorisée, sous le contrôle d'un médecin inspecteur, de vingt-trois autres espèces de champignons, dont les noms, les photographies et les aquarelles ont été exposés au pavillon n° 6 des services de l'alimentation, dans le pavillon de la ville de Paris, à l'Exposition universelle de 1900, par les soins du docteur Lombrieu, chargé de ce service.

Mais qu'est la consommation de Paris à côté de l'énorme quantité de champignons absorbés en province, non seulement du vulgaire champignon rose (*Pratella campestris*), ancêtre du champignon de couche, mais d'une foule d'espèces, quelques unes excellentes, d'autres nuisibles et dont la trop grande confiance ou l'ignorance des gourmets entraînent des accidents moins nombreux et moins funestes qu'on ne le croit généralement, mais qu'il serait possible d'éviter. Ces accidents sont plus rares en pleine campagne, où le paysan, naturellement prudent et conscient de son ignorance, se méfie de tous les champignons et s'en abstient, que dans les petites villes, où, forts d'une demi-instruction et souvent trompés par des livres ou des images de soi-disant vulgarisation, les petits rentiers ou les artisans utilisent leurs promenades à récolter des champignons et s'empoisonnent avec toute leur famille.

Il semble donc que les médecins de province et les pharmaciens, appelés très souvent à donner leur avis sur la valeur de telle ou telle espèce de champignons, et quelquefois à traiter des cas d'empoisonnement, devraient être particulièrement initiés à cette étude. Malheureusement, le discrédit regrettable dans lequel sont tombées, dans nos Facultés, les études botaniques et les herborisations considérées comme inutiles, ne préparent plus en aucune façon les élèves à la connaissance des plantes en général, des champignons en particulier. La question de l'empoisonnement par les champignons est à peine effleurée dans les manuels de pathologie et de toxicologie, et l'intérêt de la santé publique proteste contre cette lacune regrettable, dangereuse même, de l'enseignement.

Elle vient d'être heureusement remplie, du moins dans une large mesure, par un élève distingué des hôpitaux de Lyon et d'Alger, le Dr Victor Gillot, qui en a fait le sujet d'une thèse inaugurale importante et justement remarquée (1). Aucun travail d'ensemble n'avait été publié sur la matière depuis les grands ouvrages de Paulet, de Roques et le mémoire de E. Boudier (2), et encore, dans ces livres surtout botaniques et chimiques, la partie médicale est elle des plus incomplètes et des plus obscures. Il en est de même dans les rares thèses publiées sur les champignons, et dont la plus remarquable est celle du Dr Louis Planchon (*Thèse de Montpellier*, 1883). Le Dr Victor Gillot aura donc rendu un véritable service au corps médical en traitant cette question d'une façon complète et au courant de l'état actuel de la science.

Mettant à profit les traditions mycologiques en honneur dans sa famille, l'auteur a fait le procès de tous les champignons plus ou moins employés dans la consommation avec une rigueur toute scientifique, et est arrivé à cette conclusion qu'en réalité les empoisonnements par les champignons sont rarement mortels, et que les accidents graves sont exclusivement dus à quelques espèces seulement, qu'il est par conséquent assez facile de bien connaître.

(1) D. Bois et G. Gibout. L'approvisionnement des halles centrales de Paris en 1899. Les fruits et les légumes. (*Journal de la Société nationale d'horticulture de France*. Paris 1900.)

(1) Etude médicale sur l'empoisonnement par les champignons, par le Dr Victor Gillot, ancien externe des hôpitaux de Lyon, ancien interne en médecine des hôpitaux d'Alger. Lyon, 1900. in-8°, 356 pages. A Paris chez P. Klincksieck, librairie des sciences naturelles, 3, rue Corneille.

(1) Paulet. Traité des champignons. Paris, 1793. 2 vol. in-4°. — Roques. Histoire des champignons comestibles et vénéneux. 2e édit. 1841. — E. Boudier. Des champignons au point de vue de leurs caractères usuels, chimiques et toxicologiques. 1868.

Digitized by Google

Sur 1.570 espèces de champignons supérieurs décrits en France, depuis les récents progrès de la mycologie, il en est environ deux cents intéressants par leur taille et leur consistance charnue : mais, sur ce nombre, il n'en est guère que soixante à quatre-vingts comestibles et pas plus de vingt réellement vénéneux. Et même, tous ces champignons vénéneux, c'est-à-dire dont l'ingestion est susceptible de causer la mort par une véritable intoxication appartiennent tous à une même famille, celle des champignons *Volvacés*, c'est-à dire issus d'une volve ou enveloppe dont les débris persistent sous forme de renflement bulbeux à la base du pied, d'anneau sur le pédoncule ou de squames sur le chapeau : les uns à spores blanches, les *Amanites*, les autres à spores roses, les *Volvaires*. On peut même considérer les Volvaires comme des Amanites à spores rosées. Ces espèces, réellement toxiques, sont d'autant plus dangereuses que plusieurs de leurs variétés peuvent être facilement confondues avec les champignons les plus excellemment alimentaires, les Lépiotes ou Colemelles (*Lepiota procera*, *naucina*, etc.), voire même les champignons roses des champs et des prés (*Pratella campestris*, *arvensis*, *pratensis*, etc.).

L'action vénéneuse de ces champignons n'est pas identique, ni dans sa cause, ni dans ses effets, et il y a lieu de les diviser en deux groupes très distincts :

1° Le groupe de l'*Amanite bulbeuse* des anciens auteurs l'*Amanita bulbosa* (de Bulliard), prise comme type, mais renfermant en réalité un certain nombre d'espèces botaniques différentes (*Amanita phalloïdes*, *mappa*. *venenosa*. *viridis*, *virosa*, *recutita*, *porphyria*, etc.). Leur principe toxique consiste en une toxalbumine, la *Phalline* (Kobert), poison hématique des plus énergiques par dissolution des globules rouges, et tuant les animaux en expérience à la dose d'un demi-milligramme par kilogramme du poids de l'animal.

2° Le groupe de l'*Amanite fausse-oronge* (*Amanita muscaria*), auquel il faut rattacher l'*Amanite panthérine* et quelques autres espèces (*Amanita pantherina*, *excelsa*, *solitaria*, *aspera*, etc.), dont le poison consiste en un alcaloïde bien défini, la *Muscarine* (Schmiedeberg), agissant non plus sur la crase sanguine mais sur les centres nerveux, poison neuro-musculaire.

Le manque de précision dans les relations des empoisonnements fongiques, surtout dans la diagnose de l'espèce de champignons inculpée, rend très difficile l'appréciation de leur action, Le Dr V. Gillot, à la suite de recherches étendues et consciencieuses, dans les publications médicales et botaniques spéciales (*Revue mycologique*, 1879-1900, — *Bulletin de la Société mycologique de France*, 1885-1900, etc.), n'a pu depuis Paulet (1774), c'est-à dire dans tout le cours du XIXe siècle, relever dans la littérature médicale que soixante-douze observations rigoureusement établies d'empoisonnements par les champignons. Comme la plupart du temps, des familles entières participent aux repas suspects et en sont victimes, ces 72 empoisonnements ont atteint 222 personnes, dont 86 ont succombé. Or, sur ces 86 décès, 74 sont dus au groupe de l'Amanite bulbeuse, c'est-à-dire aux Amanites à phalline, l'*Amanita phalloïdes* en première ligne. La muscarine, infiniment moins toxique, n'a occasionné que 3 décès sur 30 cas d'empoisonnements avec *Amanita pantherina*, et *pas un seul décès* sur 21 cas bien établis et bien décrits d'empoisonnement par la fausse-oronge; *Amanita muscaria*, qui a cependant, auprès du vulgaire, si mauvaise réputation ! Les Volvaires ont causé 7 décès sur 12 cas d'empoisonnement.

(A suivre) H. Huchard.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Du traitement électrique de la spermatorrhée. — A. *Dans quel cas doit-on appliquer le courant électrique ?* On peut distinguer trois sortes de spermatorrhées.

1° Il existe une *lésion locale*, soit du côté de l'urètre postérieur, soit du côté de la prostate ou des vésicules séminales. Ces spermatorrhées sont du domaine du chirurgien et doivent être combattues par des moyens appropriés. Le courant électrique n'est indiqué que si, malgré la guérison de l'état local, la maladie persiste encore.

2° Il n'y a pas de lésion locale, mais il existe une *affection organique du système nerveux cérébro-spinal*. La spermatorrhée se rencontre, en effet, assez souvent dans l'ataxie locomotrice, au début des myélites chroniques, la paralysie générale, etc. L'électricité peut être ici employée avec fruit, surtout lorsque l'affection nerveuse est encore à ses débuts.

3° On ne trouve aucune lésion ni locale, ni du système nerveux. Ces spermatorrhées sont surtout d'origine neurasthénique. Elles doivent être soigneusement distinguées de la *spermatorrhée par continence* ou physiologique — et de la *spermatorrhée dite psychique*, dans laquelle les malades prennent pour du sperme toutes les sécrétions normales ou anormales dont leur canal est le siège. Le traitement électrique est ici tout puissant et arrive à guérir rapidement les malades.

B. *Comment doit-on appliquer le traitement électrique ?*

1° Il faut d'abord agir sur les centres génito-spi-

Digitized by Google

naux d'une manière directe et réflexe. Pour cela, on place au niveau des dernières vertèbres dorsales une plaque d'étain recouverte de peau de chamois et trempée dans de l'eau chaude. On prend ensuite un tampon de charbon recouvert de peau de chamois, et, après l'avoir mouillé, on électrise successivement, *avec le courant faradique*, le périnée, la partie supérieure des cuisses et les parties latérales de l'abdomen. Les intermittences doivent être rapides, et il est préférable de se servir, au point de vue réflexe, du courant faradique produit par la bobine à fil fin. Le pôle négatif sera mis en rapport avec le tampon, et le pôle positif avec la plaque dorsale. On peut aussi faire passer, aux mêmes endroits, un courant galvanique d'une intensité de 15 à 20 milliampères, avec interruptions et renversements fréquents.

2° Ce traitement pourra, à lui seul, amener la guérison. S'il n'était pas suffisant, il faudrait électriser directement les vésicules. Pour cela, la plaque restant toujours au niveau des dernières vertèbres dorsales, on introduira dans le rectum une électrode en charbon nu de moyenne grosseur, semblable à celle employée pour électriser l'utérus, et on la mettra en rapport avec la face postérieure des vésicules séminales. On fera passer d'abord un courant faradique à intermittences lentes, en se servant de préférence du courant fourni par la bobine à gros fil, ou bien de l'extra-courant. Le pôle négatif de l'appareil sera mis en rapport avec l'électrode rectale.

On emploiera ensuite un courant galvanique d'une intensité de 10 à 15 milliampères. Il faut éviter de laisser passer ce dernier courant d'une manière continue ; on doit, au contraire, faire des intermittences et des renversements fréquents et on changera chaque dix interruptions l'électrode de place. On empêchera ainsi la production d'escarres qui ne manqueraient pas de se développer si le courant passait trop longtemps à la même place et dans un seul sens.

On peut encore, au lieu d'électriser les vésicules séminales par la voie rectale, introduire une petite électrode *en charbon* dans l'urètre jusqu'au niveau du véru-montanum, et exciter les orifices des canaux éjaculateurs, surtout dans le cas de spermatorrhée par atonie.

La durée totale de la séance ne dépassera pas 10 minutes et on fera trois séances par semaine.

3° Chez les neurasthéniques, qui forment la plus grande partie des spermatorrhéïques sans lésion, on se trouvera bien d'employer l'électricité statique sous forme de douches, vent et étincelles courtes sur la région dorsale. — Denis Courtade, *ancien interne des hôpitaux*.

CLINIQUE DENTAIRE

Des altérations dentaires chez les morphinomanes. — Troubles de nutrition générale. — Leur traitement. — L'abus prolongé de la morphine en injections amène les accidents les plus graves de la santé générale. Nous n'avons pas besoin de refaire ici le tableau des misères des morphinomanes, mais nous avons voulu mettre en relief une question méconnue : L'usage prolongé de la morphine provoque des troubles de nutrition générale et le Dr Rochard (de l'Académie de Médecine), notre maître regretté a bien voulu, autrefois signaler dans un rapport, la communication que nous avions faite à l'Académie à ce sujet. Depuis cette date, nous avons pu relever vingt-cinq observations nouvelles et en déduire des conclusions plus nettes, plus précises.

Il se produit chez ces morphinomanes des caries spéciales qui sont dues à des troubles du système nerveux : leurs dents sont toutes attaquées successivement, si le mal n'est pas enrayé, s'il n'y a pas de traitement local, de traitement général, si l'usage de la morphine n'est pas interrompu. — La salive est acide, il se dégage de la bouche une odeur fade, musquée, les dents prennent une teinte grise, bleuâtre, elles sont attaquées au collet d'abord — la première couche d'émail, la membrane de Nasmyth sont rapidement détruites, l'ivoire est à nu, et cependant cette première phase n'est pas douloureuse, contrairement à ce qui se passe pour certrains arthritiques, dont on voit les dents se couper au collet et qui ne peuvent supporter le moindre contact d'aliments ou de liquides acides ou sucrés et chez qui même les poils de la brosse à dents provoquent des douleurs dues à l'irritation des filets nerveux mis à nu jusqu'à la pulpe centrale. L'ivoire ainsi découvert est mou comme du liège, l'excavateur l'entame aisément et on détruirait facilement toute la dent dans toute son épaisseur.

Troubles de nutrition. — Si la sensibilité du collet a ainsi disparu, si ces couches d'ivoire se laissent ainsi entamer, c'est qu'il y a des phénomènes manifestes de dénutrition, c'est que la pulpe de chaque dent (organe vasculo-nerveux) ne suffit plus à ses fonctions physiologiques : ce sont des troubles généraux.

Les incisives et les canines sont ordinairement les premières dents atteintes,, tout se passe, en général, sans douleur ; mais si la pulpe ne s'est pas atrophiée, comme c'est la règle, si la carie dentaire, en détruisant les couches d'ivoire, a mis à nu une pulpe qui peut s'enflammer, la douleur peut survenir très aiguë et il y a nécessité de calmer immédiatement ce patient qui, moins que tout autre, ne peut supporter

Digitized by Google

la douleur, et qui ne chercherait un soulagement que dans l'augmentation de sa morphine.

La formule suivante les calme aussitôt :

Gaïacol	2 grammes
Chloroforme	2 —
Laudanum Rousseau	2 —
Teinture de benjoin concentrée.	14 —

Une boulette d'ouate légère imbibée de cette mixture est appliquée sans pression dans la cavité des dents malades, qu'on a préalablement séchées avec soin.

Ajoutons qu'après avoir fait disparaître la douleur, on arrive ensuite aisément à détruire la pulpe par l'application d'un pansement (acide arsénieux et cocaïne à parties égales).

Traitement. — La gravité des accidents dont sont menacés ces malades peut, toutefois, être atténuée si le diagnostic est fait de bonne heure.

Il faut d'abord que le médecin institue un traitement général sévère, basé sur l'hydrothérapie et la suppression de la morphine.

A l'aide d'un instrument bien tranchant, on taillera avec précaution dans l'ivoire une cavité qui s'étendra jusqu'au bord de l'émail sain, que la cavité se soit produite au collet ou sur la surface triturante.

On comblera ensuite avec soin la perte de substance par un ciment (pyrophosphate de zinc) bien appliqué. — Pour cette petite opération, il n'y a pas lieu d'employer les substances métalliques (amalgame d'argent, or).

La surveillance d'une bouche aussi malade est minutieuse, il faut combler les cavités dès qu'elles apparaissent; des lavages

Eau de Vichy	1 litre
Alcoolat de menthe.	25 grammes

doivent être fréquemment renouvelés, surtout après les repas, les malades ne devront se servir, comme poudre dentifrice, que de carbonate de magnésie. — Dr Anthelme Combe.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Le curettage dans l'infection utérine post-partum ou post-abortum. — Si très souvent, l'infection utérine après l'avortement ou l'accouchement cède aux injections intra-utérines répétées, il est des cas encore assez nombreux ou ce moyen ne suffit pas et ou il faut recourir au curettage.

Les indications de cette intervention sont d'ailleurs difficiles à poser, il ne faut pas curetter trop tôt et l'on ne doit pas attendre que l'infection ait dépassé l'utérus. MM. Pinard et Wallich recommandent de ne pas curetter dès la première élévation thermique, mais d'attendre la seconde élévation de température, la première n'ayant pas cédé aux injections intra-utérines. Dans l'infection plus ancienne les mêmes auteurs sont d'avis qu'il faut encore tenter le curettage, quoiqu'il ait peu de chances de succès. Ils considèrent comme une contre-indication la date récente de l'accouchement et conseillent de ne pas curetter avant la fin du troisième jour.

Les instruments nécessaires sont les suivants : une sonde de femme, une canule vaginale et un bock émaillé, un rasoir, une paire de ciseaux, un hystéromètre, deux valves, deux pinces de Museux à deux mors et deux pinces à pansement, des curettes et une sonde intra-utérine.

Le choix des curettes est important; les curettes tranchantes sont dangereuses, les curettes mousses ou demi-tranchantes seront seules employées; M. Pinard recommande une première curette de 28 centimètres, à surface large et courbure spéciale et à bords mousses, une seconde ayant la même longueur, mais à surface plus petite et à bords demi-tranchants, destinée aux cornes et aux bords de l'utérus.

Comme sonde intra-utérine on pourra se servir de la sonde plate de Tarnier, de celle de Budin, ou de Doleris.

Doit-on anesthésier la malade? Dans certains cas, la question ne se pose même pas; chez les malades profondément infectées dont l'état est grave on *doit* opérer sans anesthésie. Dans tous les autres cas l'anesthésie est discutable; le curettage n'étant pas une opération très douloureuse peut à la rigueur être fait sans chloroforme, mais, pour bien examiner la malade, bien explorer l'utérus et faire une intervention complète, il est nécessaire d'avoir une résolution musculaire absolue que seule peut donner l'anesthésie générale. D'ailleurs l'opération durant généralement très peu de temps, la quantité de chloroforme absorbée est très minime.

La malade étant placée dans la position obstétricale, la vessie et le rectum vidés, on rase la vulve, on procède au lavage de la vulve et du vagin et on entoure le champ opératoire de compresses aseptiques. On place les valves de Sims pour découvrir le col (une seule valve perinéale courte et large est suffisante), dont on prend les lèvres avec les deux pinces de Museux; on peut même se contenter de ne prendre qu'une seule lèvre mais solidement de telle façon que la pince ne déchire pas. Le col est amené à la vulve et l'on confie à un aide la valve et la pince.

L'opérateur, appuyant avec la main gauche à travers la paroi abdominale sur le fond de l'utérus, l'abaisse et peut introduire l'index droit pour explorer sa cavité et en retirer s'il y a lieu des débris de placenta ou de membranes. Après l'avortement lorsque l'utérus est revenu sur lui-même, on sera parfois

Digitized by Google

obligé de le dilater au moyen de bougies d'Hégar pour l'explorer avec le doigt; c'est une éventualité rare, l'utérus infecté étant généralement perméable.

Puis on introduit la grosse curette mousse jusqu'au fond de l'utérus et l'on râcle assez fortement la face postérieure, puis l'antérieure, en ramenant de temps en temps la curette au dehors pour évacuer les débris. On a une sensation de mollesse, de friabilité, et il serait dangereux de râcler jusqu'à perception du *cri utérin* qui n'existe pas dans ces utérus mous ; ce qui indique qu'on est allé assez loin, c'est une sensation de résistance, il semble que la curette râcle sur un tissu plus dur, plus compact.

Les deux faces sont relativement faciles à curetter; il n'en est pas de même des bords et surtout du fond au niveau des cornes ; il est alors nécessaire de prendre une curette plus petite, demi-tranchante, pour râcler chacun des bords, puis le fond, en allant d'un bord à l'autre, puis d'avant en arrière, et cela avec un soin tout particulier et en allant très doucement car c'est au niveau du fond, près des cornes, que les perforations ont été le plus souvent notées. On termine par le curettage du col qui est facile.

Il arrive que pendant le curettage, brusquement l'on a des difficultés de manœuvrer la curette ; c'est que l'utérus se contracte et il suffit d'attendre quelques instants pour continuer l'opération.

Est-on sûr, quand on a terminé, d'avoir passé la curette sur toute la surface malade et de n'avoir rien laissé ? Non, certains points peuvent échapper au curettage le mieux fait. On pourra s'en rendre compte au moyen du toucher digital et si l'on trouve quelque chose on repassera la curette.

On fait ensuite au moyen d'une sonde à double courant une irrigation intra-utérine très chaude, car les utérus infectés saignent facilement. Le liquide employé sera l'eau bouillie, l'eau boriquée, le sublimé en solution très faible 1 pour 4000, la solution iodo-iodurée.

Après l'injection, on badigeonnera l'utérus avec de la glycérine créosotée (parties égales de chaque). Ce badigeonnage peut être fait au moyen d'écouvillons suivant la pratique de M. Budin, de M. Doléris, ou plus simplement avec du coton hydrophile ou de la gaze enroulée à l'extrémité de l'hystéromètre ou d'une pince à pansement. Avant de faire cette cautérisation, mettre dans le vagin une compresse stérilisée, ou faire en même temps une injection vaginale afin de préserver le vagin de l'action caustique de la glycérine créosotée.

Une nouvelle irrigation intra-utérine à l'eau bouillie enlève l'excès de liquide caustique et il ne reste plus qu'à introduire dans l'utérus au moyen d'une pince à pansement une mèche de gaze iodoformée ou mieux stérilisée destinée à faire du drainage, mais surtout ne pas faire de tamponnement utérin ; on met également de la gaze dans le vagin.

La courbe thermique guidera la conduite des jours suivants. Après 16 ou 24 heures, on retire les mèches vaginale et utérine et on fait une injection vaginale; si la mèche utérine a une mauvaise odeur, on fait une injection intra-utérine. Il est quelquefois nécessaire de mettre une nouvelle mèche dans l'utérus pendant un jour ou deux, puis, quand il n'y a plus d'odeur, on se contente de deux injections vaginales par jour.

Souvent, après le curettage, la malade est prise de frissons avec élévation de température, il ne faut pas trop s'en alarmer, généralement la fièvre baisse 12 heures après. La courbe thermique est d'ailleurs variable ; tantôt on observe une chute brusque et définitive ; tantôt la fièvre ne baisse que lentement et l'on fera bien dans ces cas ds continuer les injections intra-utérines pendant quelques jours ; dans d'autres cas, enfin, la température s'élève progressivement et alors, ou bien l'infection se généralise, ou bien l'infection reste localisée à l'utérus, mais le curettage a été incomplet et insuffisant ; de toute façon on devra le renouveler.

Le traitement général n'est pas sans importance et à ce titre les injections sous-cutanées de sérum artificiel (500 à 1000 grammes par jour) nous ont rendu de réels services dans les cas que nous avons eus à traiter. — Henri Milhiet, *interne à la Maternité.*

LES MÉDICAMENTS ANCIENS

Sel de Seignette

Tartrate double de soude et de potasse. — Ce sel dont Lemery avait établi la réputation bien avant que Cullen en tirât l'horoscope, ne jouit plus de la vogue qui le rendit célèbre au temps de Boerhave et de Van Swieten.

Il se présente sous la forme de cristaux incolores, diaphanes, efflorescents, solubles dans moins de deux parties d'eau ; sa saveur salée est presque franche ; il ne possède pas l'action irritante de la crème de tartre.

Purgatif assez agréable à la dose de 10 à 30 grammes, le sel de Seignette s'adresse de préférence aux personnes faibles, aux femmes et aux enfants. Les névropathes, les névralgisants retirent quelque bénéfice de son emploi.

A petites doses (0 gr. 50 à 4 grammes), il est diurétique, au même titre que les autres sels de potasse à acide organique : comme eux, il constitue également un agent de la médication alcaline; il est brûlé,

Digitized by Google

en effet, dans l'économie et s'élimine à l'état de carbonate de potasse par l'urine dont il modifie rapidement la réaction. Ses propriétés purgatives et diurétiques en font un médicament utile à employer chez tous les cardio-scléreux, et c'est à ce double titre que nous l'avons souvent entendu ordonner dans le service de M. Huchard, à Necker.

Comment l'administrer ? Sa saveur salée et quelque peu amère s'allie mal aux édulcorants aromatiques ; d'autre part, il ne peut être associé aux sirops de fruits qui, par l'intermédiaire de leurs acides, le précipiteraient de ses solutions à l'état de crème de tartre très peu soluble.

Le bouillon, le petit lait constituent des véhicules parfaits ; on pourra donc le prescrire à la dose de 15 à 20 grammes dans une tasse de bouillon dégraissé ou employer une des formules suivantes :

1° Potion purgative :

Sel de Seignette	15 grammes
Miel	30 —
Petit lait	180 —

A prendre en une fois le matin à jeun.

2° Petit lait apéritif de Van Swieten :

Petit lait	500 grammes
Pissenlit frais, Fumeterre, Cresson, Cerfeuil	àà 30 —

Faire bouillir, exprimez, ajoutez à la colature :

Sel de Seignette	6 grammes
Miel	23 —

A prendre en 4 verrées tous les matins.

3° Potion diurétique :

Petit lait	1000 grammes
Sel de Seignette	4 —

A prendre dans les 24 heures.

4° Poudre de Fordyce :

Sel de Seignette, Poudre de rhubarbe	àà 0 gr. 50

A prendre tous les matins à jeun pendant 15 jours.

5° Poudre gazogène laxative du Codex :

Bicarbonate de soude	3 gr. 60
Sel de Seignette pulvérisé	6 grammes

Pour un paquet.

Acide tartrique pulvérisée	2 grammes

Pour un paquet.

Faites dissoudre le paquet n° 1 dans 1/3 de verre d'eau ; ajoutez le paquet n° 2 et buvez immédiatement.

Le *tartrate de soude* (mêmes doses) dont nous parlerons plus tard, a presque les mêmes propriétés et il est d'une saveur plus agréable que le sel de Seignette. — B.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Emploi du salicylate de méthyle à l'intérieur contre le rhumatisme articulaire (M. Cosma, Congrès international 1900).

M. Cosma a employé le salicylate de méthyle à l'intérieur à la dose de 4 à 10 grammes par jour, et a constaté que ce médicament agissait d'une manière sûre et énergique contre le rhumatisme articulaire aigu et subaigu.

Il a commencé a administrer ce médicament à la dose de 1 à 2 grammes par jour et a augmenté les doses jusqu'à 8 et même 10 grammes.

Voici la formule qu'il employa :

Salicylate de méthyle	8 grammes
Potion gommeuse	150 —
Rhum et sirop : àà	25 —

A prendre dans les vingt-quatre heures.

L'effet du salicylate de méthyle administré de la sorte, lui a semblé égal à celui du salicylate de soude.

Dans tous les cas, le salicylate de méthyle peut être considéré comme un bon succédané du salicylate du soude.

Mélange antiseptique :

Ether sulfurique	400 grammes
— acétique	150 —
Alcool à 90°	300 —
Salol	50 —
Phénol cristallisé	15 —
Essence de Lavande	25 —
— de Wintergreen	25 —

(Lacombe et Mercier.)

Chrysarobine dans le traitement des hémorrhoïdes — Pounne a employé avec succès la chrysarobine dans les hémorrhoïdes fluentes, sous forme de suppositoires et sous forme d'onguent dont voici les formules :

Chrysarobine	0 gr. 075
Iodoforme	0 — 002
Extrait de belladone	0 — 001
Beurre de cacao	2 grammes

Pour un suppositoire. — Deux ou trois par jour.

Chrysarobine	1 gr. 5
Iodoforme	0 — 5
Extrait de belladone	1 gramme
Vaseline	20 —

F. s. a. pour un onguent.

Pommade à employer dans le traitement des brûlures :

Aristol	1 gramme
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 50
Lanoline	25 grammes
Vaseline	25 —

A. G.

Contre le pityriasis et l'érythrasma. — M. Unna préconise contre le pityriasis versicolor et contre l'érythrasma le badigeonnage avec :

Paraforme	2 grammes
Liqueur d'Hoffmann	2 —
Collodion	16 —

M. — Badigeonner pendant 2 ou 3 jours ; couvrir ensuite d'un

Digitized by Google

couche de vaseline et attendre la desquamation. *(Monatshefte f. prakt. Dermatologie.)*

Contre les angiomes rouges des bébés. — Badigeonnages avec :

Ichthyol..... ..... 1 gramme
Collodion..... 9 —
M. —

Badigeonner 2 à 3 fois par jour.

Quand la croûte épaisse se détache, attendre qu'elle tombe et recommencer *(ibid)*. — Bd,

Sociétés Savantes

Le compte-rendu des Sociétés savantes sera publié dans le prochain numéro (N. D. L. R.).

BIBLIOGRAPHIE

Consultations médicales *(clinique et thérapeutique)*, par H. Huchard, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine, président de la Société de thérapeutique. (Paris 1901, J.-B. Baillière, éditeur, Vol, in-8° de 495 pages).

Il nous est défendu de dire du bien de ce livre très récent, et même de l'analyser... parcequ'il émane du directeur du *Journal des Praticiens*. Tout ce qui nous est permis de faire, c'est de reproduire quelques-uns des titres des 51 chapitres dont il se compose : La méthode en thérapeutique ; Principes d'hygiène alimentaire ; Dyspepsies et massage de l'estomac ; Dyspepsie et chlorose avec traitement ; Laryngite striduleuse grave des enfants ; Pneumonies grippales ; Congestion pulmonaire d'origine gastro-intestinale ; Œdème aigu du poumon ; Frottement péricardique ; Symptômes pseudo-pleurétiques et pseudo-aortiques de la péricardite ; Cœur et bicyclette ; Palpitations ; Tachycardie paroxystique ; Cardiopathies et état nerveux ; Traitement de la cardiosclérose ; Indications générales de cardiothérapie ; Traitement des anévrysmes de l'aorte ; Les urémies et leur traitement ; Crises gastriques des tabétiques ; Epilepsie ; Neurasthénie et hystérie locales ; Troubles gastriques de la convalescence de la fièvre typhoïde ; convalescence de la grippe ; Goutte atonique ; Rhumatisme infantile ; Asthénie du tissu conjonctif ; Délire alcoolique ; Médication diurétique, etc., etc. Tous les sujets sont étudiés au double point de vue clinique et thérapeutique. — R. D.

La thérapeutique par les agents physiques (hydrothérapie, électrothérapie, climatothérapie, thalassothérapie, etc.), par H. Guimbail. Paris, 1900. Baillière, éditeur. Vol. grand in-8° de 568 pages.

Le but de cet ouvrage très consciencieux et très intéressant est de soustraire à la *psychothérapie* l'incertitude de l'empirisme aveugle, pour l'asseoir — comme dit l'auteur — sur l'impérissable base des acquisitions scientifiques contemporaines. L'importance de ce livre se mesure à celle de la thérapeutique par les agents physiques « appelée un jour, à substituer ses procédés, définitivement fixés, à l'inextricable dédale de l'ancienne pharmacopée ».

Le *Journal des Praticiens* se devait à lui-même et à ses lecteurs de signaler ce livre, surtout parce qu'il émane d'un travailleur très distingué et d'autant plus méritant qu'il est réellement fils de ses œuvres, sans autre titre que celui de son labeur et de ses succès. Loin de lui faire la guerre du silence, nous l'assurons de tout l'intérêt que nous attachons à ses intéressantes recherches, parce que nous partageons son opinion sur les erreurs du dogmatisme et sur « l'imperfection de l'enseignement officiel ». Nous en recommandons la lecture aux praticiens en leur donnant l'assurance qu'ils en retireront un grand profit pour leur instruction et pour l'exercice de leur profession. — H. Huchard.

Recherches cliniques sur l'épilepsie et sur son traitement (avec 42 graphiques dans le texte), par M. de Fleury, ancien interne de hôpitaux de Paris. (Rueff, éditeur. Un vol. de 351 pages. Paris 1900).

Voici un livre très personnel et qui, déjà à ce titre devra beaucoup intéresser les praticiens. Car, il contient des choses très nouvelles et très utiles pour la pratique médicale. Il est divisé en quatre parties : 1° Quelques graphiques de la tension artérielle et de la force dynamométrique recueillis chez des épileptiques ; 2° L'épilepsie gastro-intestinale ; 3° Phénomènes d'excitation et de dépression mentales ; 4° Traitement. Ce dernier chapitre est des plus intéressants, des plus instructifs. Nous signalons encore l'étude de l'auteur sur les « effets des injections hypodermiques, de solutions salines à petites doses, associées ou non à la médication bromurée ». M. M. de Fleury ajoute ainsi un chapitre très important à ce que l'on peut appeler étude de la *réceptivité médicamenteuse*. Auteur de travaux très estimés (Introduction à la médecine de l'esprit ; L'âme du criminel ; Le corps et l'âme de l'enfant) M. de Fleury vient de montrer une fois de plus dans cet excellent volume sur l'épilepsie, ses qualités maîtresses d'excellent observateur, de sagace thérapeute, de clinicien distingué. Nous lui adressons nos félicitations et nos plus sincères remerciements. Car, c'est un livre qui doit figurer dans la bibliothèque de tous les praticiens désireux de s'instruire et d'être utiles à leurs malades. — H. Huchard.

Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin, par A. Mathieu, médecin de l'hôpital Andral. (O. Doin, éditeur, un vol. grand in-8° de 988 pages. Paris 1901.)

Encore un excellent livre, très intéressant, très pratique, d'une utilité absolue pour nos lecteurs, si souvent aux prises avec les difficultés de la thérapeutique, lorsqu'il s'agit de maladies de l'estomac et de l'intestin. L'auteur, déjà si connu par ses remarquables travaux sur ces questions, a réuni dans ce volume les maladies de l'estomac et de l'intestin, ordinairement séparées. Or, comme il le dit et le démontre, cette dissociation est tout à fait artificielle. La place attribuée à la thérapeutique générale des symptômes et des complexus morbides est considérable et importante. L'auteur a donné, avec juste raison, la prépondérance à la séméiologie basée sur la pathogénie et la physiologie pathologique et relégué l'anatomie pathologique au second plan. C'est ce qui en fait un livre précieux pour la pratique médicale. Encore un livre qui doit trouver une place importante dans la bibliothèque des praticiens. — H. Huchard.

Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte, par H. Huchard, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker. (Troisième édition augmentée de 900 pages environ. Paris, O. Doin, éditeur. 1899-1900.)

Les deux premiers volumes ont paru : tome I (cardiopathies artérielles, de 574 pages) ; tome II (maladies des coronaires et de l'aorte, de 589 pages). Le tome III, sous presse (maladies de

Digitized by Google

l'endocarde, du péricarde, affections valvulaires, etc.), qui devait paraître en 1900, sera mis en vente vers la fin du 1er semestre de 1901. (Ce retard dans la publication du 3e volume est dû à des circonstances indépendantes de la volonté de l'auteur, mais nullement imputables à l'éditeur.)

Hôpital Necker — *Clinique et consultations médicales.* M. le Dr Huchard commencera ses leçons de clinique thérapeutique et ses consultations médicales le *vendredi, 7 décembre, à 9 heures 1/2 précises au nouvel amphithéâtre Laënnec*, et les continuera tous les vendredis à la même heure. Présentation de dix à quinze malades, discussion sur le diagnostic et le traitement.

— L'inauguration du nouvel amphithéâtre Laënnec aura lieu le vendredi, 14 décembre, à 9 h. 1/2.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Igazol du Professeur Cervello

Si, jadis, malgré l'avis contraire de médecins très distingués, l'opinion courante et presque classique au sujet de la tuberculose pulmonaire était que cette affection est incurable, il faut aujourd'hui reconnaître, disait le professeur Cervello, dans sa communication au dernier Congrès international de médecine de Paris, que la majorité des médecins croient à la curabilité de la tuberculose par les ressources naturelles dont dispose l'organisme humain.

Le scepticisme au sujet des agents thérapeutiques est allé tellement loin qu'il a porté des médecins, non seulement à refuser, dans le passé, toute valeur thérapeutique aux agents, mais à proclamer résolument l'inanité de tous les remèdes qu'on pourrait proposer à l'avenir, pour n'accorder toute leur confiance qu'aux seuls traitements hygiéniques et diététiques.

Le professeur Cervello considère ce scepticisme comme injustifié ; il pense qu'il est dû aux décourageants insuccès des remèdes proposés jusqu'à ce jour et aussi à la tendance qu'ont tous les médecins à demander aux agents qui doivent lutter contre la tuberculose, plus que ces agents ne peuvent donner et qu'on est en droit de leur réclamer.

Après avoir étudié l'action de l'iode sur la fièvre des phtisiques, l'attention du professeur Cervello s'est portée sur l'aldéhyde formique, qui, par ses propriétés physiques et chimiques devait, à priori, se trouver merveilleusement adaptée au but qu'il se proposait d'atteindre.

Le résultat de ses recherches a fait l'objet de deux premières communications ; l'une au Congrès international de Berlin en 1899 ; l'autre, à l'Académie de médecine de Palerme. Ces deux premières communications provoquèrent un vif intérêt dans tout le corps médical.

Enfin, le professeur Cervello a fait cette année même, une dernière communication, plus complète que les deux précédentes, au dernier Congrès international de Paris.

La statistique qu'il a communiquée porte sur 55 malades, soignés par l'igazol. Sur ces 55 malades, 15 ont été guéris, 14 presque guéris, 10 améliorés, 5 aggravés, un est resté stationnaire et 10 sont morts.

Sur les 55 cas communiqués par le professeur Cervello, 39 fois l'action de l'igazol est allée de l'amélioration à la guérison et la proportion des guéris et des presque guéris étant de 39 sur 55 dépasse donc 50 0/0.

Sur les 15 cas complètement guéris, le traitement a été commencé 5 fois avec une tuberculose débutante, 8 fois avec des cas graves et 2 fois avec des cas très graves.

Si l'on considère les résultats du traitement par l'igazol seulement dans les cas de tuberculose au début, les résultats du professeur Cervello se décomposent comme il suit :

Sur 8 cas de tuberculose au début, 5 ont été guéris et 2 presque guéris. Ces chiffres sont par eux-mêmes assez éloquents pour n'avoir pas besoin de commentaires.

L'igazol est une poudre blanche, constituée, en grande partie, par du trioxyméthylène auquel sont associés différents corps volatils et en particulier de l'iode.

Pour vaporiser cette substance, le professeur Cervello a construit un appareil spécial qu'il désigne sous le nom de vaporogène.

Selon lui, la meilleure manière d'employer l'igazol, c'est de s'en servir, le soir, avant de se coucher, *de façon* à dormir en respirant l'atmosphère médicamenteuse.

Ce qu'il y a de très particulier dans l'histoire de l'igazol, c'est que les malades supportent ces vapeurs beaucoup plus facilement que les personnes saines. Pendant le premier quart d'heure, les malades éprouvent des picotements dans les yeux, et un peu d'irritation laryngée, mais tous ces phénomènes disparaissent très vite. Il y a donc dans cette sensibilité à l'égard des vapeurs d'igazol, presque un signe nouveau pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

Les docteurs de Gioffredi et Bazicalupo ont publié dans *Archivio di Farmacologia e Therapeutica 1900*, les résultats très satisfaisants du traitement par l'igazol, résultats qui ne sont pas, disent-ils, tout entiers explicables par les propriétés antiseptiques de la formaline ; il y a en dehors de ces propriétés, d'autres propriétés véritablement spécifiques du médicament.

A citer également les travaux du professeur Liebreich de Berlin, dans les *Therapeutische Monatshefte*, des docteurs Passarini (Policlinico des Professeurs Durante et Baccelli 1900) ; Fameni, de New-York ; Taussig, de l'Hôpital ; San Giovani, de Rome ; Bouilha de Tolède, de l'hôpital Santa Casa ; de Misericordia et De Carvallo, des Hôpitaux de Saint-Paul.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Lariboisière. — M. le Dr LANDRIEUX

L'ascite cirrhotique curable

Vous avez pu voir au n° 30 de notre salle Bouley, un malade de 34 ans, qui a présenté ce phénomène assez rare, d'une ascite d'origine hépatique qui a disparu en l'espace de 48 heures après une existence de deux semaines environ. C'est de cette hydropisie curable du péritoine consécutive à la cirrhose du du foie que je veux vous entretenir aujourd'hui.

L'homme dont il s'agit est camionneur. Comme tel, il est exposé à de nombreux abus d'alcool. Il avoua d'ailleurs que, chaque jour, la ration ordinaire est de un litre de bière, deux litres de vin, trois à quatre petits verres, un apéritif, sans compter quelques copieuses libations aux jours de fête.

Il a donc toutes les raisons de faire de la cirrhose hépatique.

Or, cet homme avait convenablement supporté jusqu'ici, ces excès éthyliques, quand, il y a un mois, sans doute à cause des chaleurs torrides du mois d'août, il fut pris d'une diarrhée verdâtre, mélangée de sang rouge en filets. Cette diarrhée était très douloureuse; elle s'accompagnait de coliques très violentes dans le bas ventre. Puis, le ventre se mit à enfler subitement en même temps que les pieds et les jambes. L'enflure des pieds était telle qu'il dut fendre le dessus de ses pantoufles. En même temps, le malade s'amaigrit. De 125 livres, il descendit à 100.

Le 25 septembre, jour de son entrée à l'hôpital, cet homme était porteur d'un œdème blanc et mou des jambes, des cuisses, de la paroi abdominale. Il présentait, en outre, une ascite assez abondante, libre dans l'abdomen. Une circulation collatérale marquée courait aux flancs et aux hypochondres, surtout à droite. Un bouquet hémorrhoïdaire assez volumineux saillait à l'anus. Le foie un peu gros, était douloureux; il débordait les fausses côtes. La rate elle-même était aussi moyennement hypertrophiée.

Les urines étaient diminuées, sans albumine.

Le facies de cet homme n'était pas très brillant : les traits tirés, les yeux excavés, le visage amaigri, il donnait l'impression d'un malade sérieusement atteint.

Le régime lacté fut institué; des ventouses scarifiées furent appliquées au niveau du foie. J'ordonnai un verre d'eau de Sedlitz et le repos au lit.

Avec cette médication simple, le résultat obtenu fut merveilleux. Le 28, l'œdème des jambes avait disparu, le ventre diminuait de volume.

Le 2 octobre, l'ascite s'était complètement résorbée, le bouquet hémorrhoïdaire affaissé, la circulation collatérale presque complètemeet effacée. Le ventre avait retrouvé sa souplesse. Il ne restait plus trace, en un mot, de cet orage bruyant développé d'une manière aussi inopinée. Je dois vous faire remarquer que cette amélioration des symptômes a coïncidé avec une bonne crise urinaire : oligurique pendant son ascite, cet homme est devenu polyurique depuis sa disparition. Il urine chaque jour deux à trois litres. La quantité d'urée éliminée est de 27 gr par jour, comme l'a montré l'analyse de M. Fraquet, interne en pharmacie du service. C'est vous dire que les reins de cet homme fonctionnent parfaitement et que le foie transforme d'une manière convenable les matières azotés de l'organisme.

Il n'y a ni sucre ni albumine dans l'urine. La réaction de Gmelin est absente. Mais il y existe de l'urobiline, ainsi que l'a montré l'examen spectroscopique fait par M. le Dr Milian.

Je ne veux pas entrer ici dans les détails de l'observation clinique complète. Je veux seulement vous mettre en relief le fait que ce malade a présenté des signes indubitables d'obstruction hépatique, ou plus exactement d'obstruction porte : ascite, circulation collatérale, hémorrhoïdes et que tous ces symptômes ont cédé rapidement au régime lacté.

Devons-nous en conclure que notre malade est guéri?

Ce serait là une déduction certainement prématurée. Guérira-t-il plus tard, cela est possible, mais à l'heure actuelle, nous n'en sommes pas encore là. En effet, le foie est toujours douloureux, il persiste un peu de fièvre, 38° le soir, les urines renferment de l'urobiline, le ventre est un peu ballonné, le pouls est rapide, la tension artérielle abaissée. Le processus n'est donc pas encore atteint. Il y a du moins un symptôme qui peut faire bien augurer de l'évolution ultérieure de la maladie : c'est l'hypertrophie du foie.

Bien que cet homme ait présenté les signes complets d'une cirrhose de Laënnec, le foie est augmenté de volume; il déborde les fausses côtes de deux à trois travers de doigts et sa hauteur de matité est d'environ 15 à 16 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

Cette hypertrophie hépatique est l'indice d'un processus de suppléance, d'une régénération du parenchyme, comme l'a si bien indiqué Hanot (1) et toutes les observations d'ascite guérie se rapportent à des cirrhoses à gros foie. (Discussion de la Soc. Méd. des Hôpitaux).

Le professeur Dieulafoy (2), dans une clinique ré-

(1) HANOT. De l'hypertrophie compensatrice dans la cirrhose alcoolique hypertrophique. *Soc. méd. hôp.*, 10 juillet 1896.

(2) DIEULAFOY. *Clin. méd. Hôtel-Dieu*, p. 382.

Digitized by Google

cente, faisait cette remarque : que toutes les ascites guéries se rapportaient à des cirrhoses alcooliques hypertrophiques.

Il faisait remarquer de plus que l'ascite n'est pas seule guérissable, mais aussi la cirrhose. Témoin l'exemple de ce médecin de Bourgogne, amateur du vin du pays, qui, devenu cirrhotique, et ponctionné 12 fois en deux ans, se mit courageusement au régime lacté et guérit complètement. Ceci est donc de bon augure pour notre malade, mais à une condition, c'est qu'il cessera complètement de boire, chose bien improbable, étant donné son métier.

Je terminerai en vous faisant remarquer que ces cas de curabilité de la cirrhose ne sont pas absolument rares. J'ai envoyé aujourd'hui à l'asile de convalescence de Vincennes un malade que vous avez pu voir, il y a un mois, dans un état lamentable.

C'est un homme que j'ai vu en ville, avec un confrère, il y a cinq semaines environ : à cette époque, il présentait une ascite abondante, un œdème considérable des membres inférieurs, un état général très grave. — Son foie hypertrophié était très douloureux à la pression, — et tout semblait annoncer chez lui des poussées fébriles de péritonite péri-hépatique.— Je m'empresse de vous dire que le cœur n'était nullement en cause. — Entré à Lariboisière, cet homme suivit le régime lacté intégral, et malgré la gravité du pronostic que je portai à cette époque, il s'améliora considérablement, et cela dans l'espace de quatre semaines : aujourd'hui, tout symptôme morbide a disparu.

Il ne faut donc pas, comme vous le voyez, désespérer de la cirrhose, ni des cirrhotiques.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les applications prolongées de compresses d'éther dans les hernies étranglées

par le Dr Ch. Fiessinger
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Plusieurs confrères ont bien voulu m'adresser les résultats confirmatifs qu'ils ont obtenus par cette méthode. C'est l'histoire de leurs observations que je rapporte aujourd'hui. Qu'il me soit permis avant de leur laisser la parole, de leur exprimer tous mes remerciements pour l'amabilité qu'ils ont mise à m'envoyer leurs communications. Les lecteurs du *Journal des Praticiens*, de leur côté, leur seront, sans doute, reconnaissants, car l'étranglement herniaire est un accident fréquent de la pratique médicale et il semble dès maintenant acquis que par l'application prolongée de compresses d'éther, on en puisse aisément réduire le plus grand nombre, peut-être la totalité. Ma première observation, publiée dans ce journal, d'une hernie crurale rentrée, après 44 heures d'étranglement et alors que des vomissements fécaloïdes épuisaient la malade depuis un jour, était une première preuve.

Les observations de mes distingués confrères Ballivet (de Gex), Dacquier de Cahors), Blind (de Paris). Quelmé (de Le Faou), apportent un appui, semble-t-il, décisif.

Voici d'abord l'observation du Dr Ballivet (Gex) :

Observation I. — (Dr Ballivet, de Gex.) — *Hernie crurale étranglée. Femme de 36 ans. Réduction avec application de compresses d'éther pendant 2 heures*

Le 1er mars de cette année, j'étais appelé à 6 heures du soir auprès d'une femme de 36 ans, que je trouvai en proie à de violentes coliques accompagnées de vomissements bilieux et répétés. Ces symptômes avaient éclaté avec cette intensité dans le milieu de la journée, mais depuis longtemps cette personne était souffrante de douleurs abdominales.

L'inspection des plis de l'aine révèle l'existence d'une hernie crurale droite, d'un petit volume, purement intestinale. Elle est très-douloureuse à la palpation, marronnée, remarquable par sa dureté et la minceur de son pédicule, que la laxité et la maigreur du tégument permettent d'apprécier. Le ventre est modérément ballonné, l'émisssion des gaz est suspendue; une dernière évacuation alvine a eu lieu à 4 h.

Cette hernie existe depuis près de six mois : aucun bandage ne l'a contenue ; au dire de la malade, la saillie était permanente dans la station debout ; elle se réduisait spontanément dans le décubitus dorsal.

Je fais suivant les règles habituelles un taxis d'une demi-heure. La dureté, la sensibilité de la tumeur, les douleurs provoquées par mes manipulations m'interdisent d'insister. Je me retire en déclarant que vraisemblablement une opération sera nécessaire.

Mais le souvenir d'un cas de réduction herniaire par application d'une compresse imbibée d'éther récemment publié par le Dr Fiessinger, m'avait trop vivement frappé pour que je n'en fisse pas mon profit dans cette occasion.

Donc à 7 heures et avant de procéder aux préparatifs d'une kélotomie, je fais placer sur la hernie qu'elle recouvre ainsi qu'une certaine étendue de la région inguino-crurale une compresse ou plutôt un mouchoir de toile fine plié et fortement imbibé d'éther, un carré de flanelle lui est superposé.

Au premier contact sensation de brûlure passagère très supportable et qui ne se reproduit pas aux applications subséquentes renouvelées tous les 1/4 d'heure.

Nouvelle visite à 9 heures. Les douleurs et les vomissements ont continué, mais avec une intensité moindre. La tumeur n'a pas subi de modification de volume, mais est moins tendue.

Réapplication de la compresse.

Après dix minutes d'attente la malade pousse un cri de douleur immédiatement suivi d'un autre de soulagement. A l'examen des parties, la saillie est encore prononcée, mais la résistance est abolie. Puis sous mes yeux et sans l'aide d'aucune pression, la réduction se fait intégralement. La malade accuse un bien-être absolu. Elle est guéri de son étranglement.

250 gr. d'éther ont ainsi été employés.

Digitized by Google

M. le Dr Ballivet fait suivre son observation des considérations suivantes :

Une action réflexe opérant au sein des éléments de la hernie, anse intestinale et collet du sac avec vasoconstriction et décongestion salutaire et sans doute aussi une exaltation du péristaltisme normal est l'explication la plus plausible de l'effet de cette application locale. Ce moyen me paraît supérieur en efficacité et en simplicité aux pulvérisations éthérées et par le sachet de glace.

Suivent quelques phrases aimables à mon adresse et qui tendent à recommander le procédé à mes confrères.

M. le Dr Darquier (de Cahors) a été tout aussi heureux que M. le Dr Ballivet.

Obs. II. — (Dr Darquier, de Cahors). — *Hernie inguinale étranglée. Homme de 60 ans. Réduction au bout d'une heure avec les applications locales d'éther.*

J'ai été appelé hier soir auprès d'un homme de 60 ans environ, auquel un de mes confrères fit avec mon assistance, il y a 2 ans, une cure radicale pour une grosse entéro-épiplocèle. La restauration de la partie, bien que faite avec le plus grand soin, n'a pas réussi et la hernie a reparu aussi volumineuse et aussi gênante qu'autrefois. Hier matin cette hernie, jusque là très facilement réductible, a refusé de réintégrer l'abdomen et le malade a été pris de vomissements et d'autres signes classiques de l'étranglement. J'ai été appelé auprès de lui vers 6 heures du soir et après dix minutes de taxis sans résultat, je pars en prescrivant le traitement que vous avez signalé dans le *Journal des Praticiens* : l'application de compresses d'éther fréquemment imbibées d'éther sulfurique. Je reviens auprès de mon malade une heure plus tard et au premier effort la hernie rentre sans aucune peine dans le ventre. J'ajoute que lorsque j'avais quitté mon malade en lui prescrivant les compresses d'éther, l'impression d'irréductibilité avait été tellement nette chez moi, que j'étais allé préparer tout ce qu'il fallait pour une opération.

Un autre exemple de réduction d'hernie inguinale étranglée, opérée de la même manière nous est communiquée par M. le Dr Quelmé (de Le Faou).

Obs. III. — (Dr Quelmé, de Le Faou.) — *Hernie inguinale étranglée, réduite au bout de 12 heures par application de compresses d'éther. Homme de 54 ans.*

Le 7 août je suis appelé à 5 heures du matin pour voir un malade hernieux, à petite hernie inguinale et de la grosseur d'une noix, datant de 3 ans et très bien maintenu par un bandage.

Le 6 au soir, ayant travaillé sans son bandage, le malade, en se couchant, est pris d'une douleur subite. Sa hernie ne rentre pas. Elle est dure, très tendue. Arrêt complet des gaz et des matières, vomissements bilieux incessants ; cet homme fort et vigoureux se tord sous la souffrance.

J'examine avec peine, tellement il souffre, cette petite hernie et me dis qu'ici il n'y aura rien à faire ; cependant après quelques légères tentatives de réduction, je fais une piqure de morphine au niveau du collet suivant le conseil de Lejars et je commence une application de ouate imbibée d'éther, sans la moindre confiance dans le résultat. Au bout de 10 à 12 minutes, je soulève le morceau d'ouate, je mets le doigt sur la hernie. Elle rentre par enchantement. Guérison complète ; depuis, le malade qui connaissait le danger de sa situation, ne veut plus se faire opérer. C'est le seul mauvais service que cette réduction inespérée lui ait rendu.

Les observations que nous venons de relater ont trait à des hernies inguinale ou crurale. Voici maintenant l'histoire de deux hernies ombilicales. Elle est due aux docteurs Quelmé, de Le Faou et Blind, de Paris. La continuité des succès continue de s'affirmer.

Obs. IV. — (Dr Blind, de Paris). — *Hernie ombilicale étranglée. Femme de 63 ans. Disparition de l'étranglement par application de compresses d'ether pendant 3/4 d'heure.*

Le soir du 18 août, on vint m'appeler auprès d'une cliente d'un de mes amis que je remplace en ce moment. On me mit en présence d'une dame de 63 ans, obèse au plus haut point et pesant 81 kilogr. Elle a une hernie ombilicale. Il y a 4 ou 5 ans cette hernie s'étrangla ; elle fut opérée dans le service de M. Reclus, par M. Faure. Elle porte une cicatrice linéaire légèrement courte sur le côté gauche de l'ombilic, cicatrice qui ne semble intéresser que la peau. La hernie peu saillante hier avait le volume d'une noix ; depuis 3 jours la malade en souffrait et les douleurs étaient les mêmes qu'au moment de l'étranglement antérieur Pas de signes d'obstruction intestinale.

La langue est sèche. Le pouls est à 112.

A la palpation de la hernie on sent un cordon dur de l'épaisseur d'un petit doigt formant un arc de cercle presque fermé, douloureux au toucher — épiploon étranglé.

Je fis sentir ce cordon à la fille de la malade (cette fille est sage-femme) et prescrivis notre traitement. Au bout d'une demi-heure de compresse d'ether, toute douleur avait cessé et lorsque la fille changea la compresse environ 1/4 d'heure plus tard, le cordon avait disparu. La hernie était devenue souple. Je l'ai retrouvée telle ce matin et absolument indolente. — Le pouls est tombé à 88.

Obs. V. — (Dr Quelmé, de Le Faou). — *Femme de 40 ans. Hernie ombilicale réduite au 3e jour par application de compresses d'ether.*

Femme de 40 ans, que j'ai déjà vue et soignée depuis 4 ans pour des troubles dyspeptiques ; atteinte d'une hernie ombilicale qui date de 8 ans environ, de la grosseur d'une orange, avec peau mince et s'excoriant facilement. Cette hernie est mal contenue par un bandage.

Le 2 juillet 1900, à 10 heures du soir, je suis appelé auprès de la malade dont la hernie est dure et tendue depuis le 30 juin au matin.

Pas de selles depuis ce moment ; quelques gaz contenus dans le bout inférieur. Vomissements incessants et presque fécaloïdes ; douleurs abdominales violentes.

J'essaie le taxis et la réduction ; mais je sens très bien un orifice rétréci et tendu et les anses intestinales dures et tendues également au-dessus de l'orifice. Après un 1/4 d'heure d'essais infructueux sans violence je descends avec le mari pour le mettre au courant de la situation et lui dire qu'après un nouvel et dernier essai, je serai obligé de faire chercher un confrère assistant et de pratiquer la kélotomie.

Puis je remonte et me souviens des application d'ether du *Journal des Praticiens*. Je recouvre la hernie d'une très légère

Digitized by Google

couche d'ouate que j'arrose continuellement d'ether pendant 10 minutes, puis je touche la hernie en posant la main dessus. Elle me fuit dans la main et rentre toute seule : un peu septique, je reste là 2 heures, jusqu'à évacution d'un lavement, craignant une rentrée en masse sans libre cours des matières ; mais les gargouillements à travers la masse intestinale et les gaz nombreux rendus par la malade me donnent toute tranquillité.

Depuis, sur mes instances, la femme a été opérée à l'hôpital de Brest par Civel, le 18 août courant (cure radicale).

Dans les cinq observations qu'on vient de lire, les auteurs ont tous été réunis par un sentiment commun : celui de la surprise. — Ils songeaient à la kélotomie et voici que la réduction s'opère toute seule. — Hernies crurales, inguinales, ombilicales, toutes réintégrant l'abdomen.

Faut-il conclure de ces succès que toutes les hernies étranglées cèdent à l'application prolongée de compresses d'éther? C'est ce que l'avenir apprendra. Quant à nous, nos nouvelles observations ont jusqu'à présent justifié nos espérances. Il suffit que les praticiens ne perdent pas patience et continuent l'application un temps suffisant. — Chez le malade du Dr Ballivet, cette application a duré jusqu'à 2 heures et 250 gr. d'éther ont été employés.

Sans doute, on utilisait déjà l'éther en affusions ou pulvérisations dans le cas de hernie étranglée, — mais le praticien se lassait vite, réussissait rarement. Il ne savait pas qu'en prolongeant sa tentative, en se contentant, au lieu de pulvérisations, où l'air est toutours mêlé à l'éther, de simples compresses, il était à peu près sûr du succès — la réfrigération en pareil cas étant plus entière.

La glace, aussi, était employée : mais, d'abord, elle ne se trouve pas toujours et puis l'action de l'éther semble infiniment plus puissante, en raison du froid plus marqué qu'elle produit (plusieurs degrés au-dessous de zéro).

On échoue souvent avec la glace. — Les insuccès avec l'éther paraissent fort rares. — Il convient, toutefois, que la méthode soit employée dans les 36 premières heures, une anse gangrénée risquant, au-delà de ce terme, d'être rentrée dans l'abdomen.

ÉTUDE CLINIQUE

Encéphalite suppurée tuberculeuse autour d'un tuberculome

Par Albert Katz, *Interne des hôpitaux*

Les tumeurs cérébrales peuvent provoquer au cours de leur évolution clinique de nombreuses lésions secondaires; on n'a pas assez insisté jusqu'il y a quelques années, sur l'importance de ces lésions.

Et pourtant, elles réclament dans la physiologie pathologique des tumeurs une place de premier ordre; très souvent, en effet, une tumeur cérébrale se trouve dans une région latente de l'encéphale et ne donne aucun éveil au clinicien; puis un jour, cette tumeur silencieuse par elle-même devient le point de départ d'une lésion secondaire qui intervient dès lors à elle seule dans l'éclosion des signes cliniques, et souvent cause de la mort du malade.

Parmi ces lésions secondaires les plus fréquentes sont le ramollissement et l'hémorrhagie.

M. Bouveret (1) a publié une série d'observations très intéressantes de ramollissement et d'hémorrhagie autour de tumeurs cérébrales.

Mais, en dehors de ces deux ordres de lésions secondaires, il y en a d'autres; se sont des foyers *d'encéphalite suppurée* se développant autour des tumeurs et dominant seules le tableau clinique.

En voici un cas observé dans le service de notre maître M. Descroizilles :

Lois..., Par..., 4 ans. Entre le 3 mars dans le service de M. Descroizilles. Mort le 6 mars (2).

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante; père tousse tous les hivers; il a eu dernièrement une fluxion de poitrine et, il y a quatre ans, une pleurésie séro-fibrineuse. Grands parents, tant du côté paternel que du côté maternel, très bien portants. Quatre frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme; nourri au sein par sa mère jusqu'à l'âge de 14 mois; à partir de ce moment l'enfant se nourrit « un peu de tout, comme nous autres ». Aussi l'enfant est-il fréquemment sujet à des diarrhées vertes, très fétides.

A part ces diarrhées fréquentes, surtout en été, l'enfant est d'une santé satisfaisante; il parle à 2 ans, marche à la même époque et est propre à 18 mois. L'enfant est toujours gai, vif et très intelligent.

C'est au milieu de cette santé florissante que survient inopinément une céphalée tenace.

Le 1er mars 1899. — L'enfant s'est couché très bien portant, passe une bonne nuit, le matin du 1er mars l'enfant refuse de sortir du lit, il a l'air souffreteux et pendant toute la journée, il pousse des cris de douleur en même temps qu'il porte continuellement sa main à la tête; la nuit suivante, la journée du 2 mars mêmes cris; l'enfant n'a pas une minute de répit.

Le 3 mars. — La céphalée paraît un peu moindre; mais le lendemain 4 mars l'enfant se remet à pousser des cris aigus et à porter sa main à la tête; de plus, il vomit six fois dans la matinée du 4 mars; l'enfant est amené le même jour à l'hôpital.

5 mars. — A l'examen de l'enfant ce qui frappe d'abord c'est son air fatigué et souffreteux ; il aurait considérablement maigri depuis 5 jours; le dos est pileux, le ventre ballonné; la peau, sèche, a perdu son élasticité. Des petits ganglions mobiles roulant sous les doigts se trouvent dans les deux aines et au niveau du cou et de la nuque.

La palpation du ventre laisse percevoir les intestins distendus par des masses fécaloïdes dures; le foie descend à 4 travers de

(1) L. Bouveret, *Lyon Médical*, 1895 et 1896.

(2) Cette observation a déjà été utilisée dans la thèse de notre ami le Dr Sacqui (*Th. Paris*, 1899).

Digitized by Google

doigts au-dessous des fausses côtes et la rate est accessible à la percussion.

Le thorax présente le chapelet caractéristique du rachitisme à l'union des cartilages costaux d'avec les côtes.

Cœur normal à la percussion; mais l'auscultation fait constater une irrégularité manifeste dans les battements.

On note une salve de 5 à 6 battements précipités suivie d'une pause prolongée; puis le cycle se répète, salve de 6 battements, repos prolongé.

Au cours de l'examen l'enfant a trois vomissements bilieux survenus sans nul effort.

La température est à 40°2 et le pouls à 100 avec le même caractère d'irrégularité que nous avons constaté à l'auscultation du cœur.

La respiration de l'enfant est particulière; l'enfant pousse un long soupir puis il y a un arrêt complet, très long aussi, suivi d'un nouveau soupir et ainsi de suite.

L'auscultation du poumon ne donne rien; rien à la gorge; les oreilles ne coulent pas.

On porte le diagnostic de méningite tuberculeuse survenue chez un enfant atteint de rachitisme et de poly-micro-adénopathie.

On prescrit 30 centigrammes de calomel, de la glace sur la tête et un lavement glycériné.

Le soir, l'état de l'enfant a empiré encore; Température 41°, les pupilles, très dilatées, ne réagissent pas à la lumière; l'enfant crie continuellement; 0,30 de choral hydraté pour la nuit dans une potion.

6 mars. — Nuit mauvaise; l'enfant a eu hier soir vers les 9 heures de fortes convulsions généralisées qui se sont répétées 4 fois dans la nuit; le matin nous le trouvons dans le coma; de temps à autre, il a des grincements de dents, il ne crie plus; la température est toujours à 41° et pouls à 125 irrégulier; pendant la visite il a eu deux fortes crises de convulsions et une troisième vers les 11 heures à la suite de laquelle l'enfant succombe.

Vu la rapidité de l'évolution, vu aussi ces fortes convulsions, la fièvre vive et la céphalalgie intense, nous pensons que la méningite s'est localisée à la convexité du cerveau et cette hypothèse nous paraissait d'autant plus plausible que, pendant la vie on n'observait ni strabisme ni paralysie faciale, bref aucun symptôme bacillaire.

Or, voici ce que nous apprend l'autopsie :

Foie volumineux; rate de même; pas de granulations tuberculeuses sur aucun de ces deux organes; tout le gros intestin est distendu par des scybales dures adhérentes à la muqueuse intestinale et ne laissant à l'intestin qu'une lumière très étroite pour le passage des matières fécales, péritoine intact.

Les deux poumons congestionnés aux bases ne présentent aucune lésion tuberculeuse appréciable à l'œil nu; en revanche, les ganglions trachéo-bronchiques des deux côtés sont infiltrés de tuberculose

L'examen de la cavité crânienne doit être noté en détail :

La calotte crânienne s'enlève facilement; après incision de la dure-mère il ne s'écoule presque pas de liquide céphalo-rachidien.

La pie-mère, non adhérente, n'est congestionnée que dans un seul point correspondant à la zone rolandique et prérolandique droite. L'examen du cervelet reste négatif, de même que celui du cerveau gauche.

Dans le cerveau droit, on trouve une tumeur ayant la grosseur d'une noix, nageant complétement dans un liquide jaune verdâtre, épais, non fétide. La tumeur siège en plein centre ovale; son extrémité supérieure est à peine distante de l'écorce cérébrale.

Avant toute autre investigation nous recueillons dans une pipette stérilisée quelques gouttes de pus que nous examinerons ultérieurement.

Ceci fait, nous enlevons la tumeur à l'aide d'une pince.

Elle est irrégulière, dure sur toute la périphérie, sauf cependant en un point limité qui, lui, est ramolli, ulcéré.

A la coupe, la tumeur est presque entière, d'une consistance homogène et dure, seul le centre se laisse facilement écraser entre les mors de la pince.

L'enlèvement de la tumeur a laissé dans la substance blanche du lobe frontal droit une cavité dans laquelle se trouve une vingtaine de grammes d'un pus jaune verdâtre bien lié, sauf dans sa partie inférieure où il est un peu grumuleux.

Ce pus évacué, nous pouvons étudier l'excavation; celle-ci est délimitée par une paroi rougeâtre; cette zone périphérique injectée à un demi-centimètre environ d'épaisseur; elle s'arrête assez nettement sans s'infiltrer dans le tissu cérébral du voisinage.

Le résultat de l'examen bactériologique du pus recueilli est des plus nets.

Avec le Ziehl, on colore des bacilles de Koch avec tous les caractères types; batonnets courts, quelques-uns régulièrement rectilignes le plus souvent légèrement incurvés, quelquefois même comme brisés. Une parcelle de la tumeur nous donne à l'aide du procédé de Ziehl le même résultat.

Nous faisons quelques préparations par double coloration; les bacilles apparaissent encore entre les leucocytes et les quelques hématies qu'on peut observer sur la préparation; pas d'autres micro-organismes. Enfin, les ensemencements sur la gélatine restent aussi stériles.

L'interprétation de cette observation est des plus simples, croyons-nous.

Il s'agit d'un enfant porteur depuis longtemps (vu le volume de la tumeur) d'un tuberculome qui s'est développé lentement, insidieusement, sans donner lieu à aucun symptôme clinique; c'est que la tumeur s'est développée profondément dans une région latente, silencieuse du cerveau.

Puis, un jour, cette tumeur devient le point de dé-

Digitized by Google

part d'une lésion secondaire — un abcès froid cérébral — cet abcès en se développant touche la corticalité et est, dès lors le point de départ de tous les symptômes observés pendant la vie ; en somme, c'est la lésion secondaire qui, seule, s'est révélée cliniquement ; c'est elle aussi qui a été la cause de la mort.

TOXICOLOGIE

L'empoisonnement par les champignons (1)

La symptomatologie, comme on pouvait s'y attendre, varie avec la substance toxique. En dehors du tableau commun à tous les empoisonnements, les symptômes se différencient suivant les différentes espèces d'Amanites vénéneuses, et permettent d'établir « certains clichés symptomatiques et surtout évolutifs propres à l'Amanite bulbeuse d'une part (syndrôme phalloïdien), et à l'Amanite fausse-oronge, d'autre part (syndrôme muscarinien), importants au point de vue diagnostique et dont la valeur en clinique est démontrée par les données de la physiologie expérimentale. » (Dr V. Gillot *loc. cit.* p. 123). On peut les résumer ainsi :

1° *Syndrôme muscarinien* (*Amanita muscaria, pantherina, etc.*). Incubation moyenne : 2 heures.— Début rapide, bruyant. — Symptômes : Troubles gastro-intestinaux précoces. Pas de rémission. Anurie. Excitation cérébro-spinale. Incoordination motrice. Délire (folie muscarinienne). Troubles d'intelligence et de mémoire. — Guérison habituelle. — Durée habituelle de la maladie : 1-2 jours.

2° *Syndrôme phalloïdien (Ama-bulbosa, phalloïdes, Volvaria, etc.* Incubation moyenne : 11 heures.—Début tardif, silencieux.—Symptômes : Troubles gastro-intestinaux tardifs. Rémission fréquente, puis douleur épigastrique. Foie gros : ictère possible. Hémorrhagies. Anurie ou urines diminuées, colorées. Dépression nerveuse. Ataxo-adynamie. Stupeur. Intelligence et mémoire intactes. — Mort habituelle. — Durée moyenne de la maladie : 2-3 jours.

La symptomatologie détaillée de l'empoisonnement par les champignons constitue le chapitre le plus important au point de vue médical et le plus neuf de la thèse du Dr V. Gillot, grâce à l'analyse des 44 observations qu'il a réunies, résumées ou publiées *in-extenso*, quelques-unes inédites, et qui lui ont permis de décrire différentes formes cliniques : formes *algides-cholériformes, délirantes, adynamiques, convulsives, comateuses et hynpotiques.*

Quant aux autres champignons, même les plus mal famés, Russules, Lactaires, Bolets lurides, etc., il n'a pas été possible au Dr V. Gillot de trouver *un seul cas authentique* d'un empoisonnement ayant entraîné la mort. A cet égard, les tableaux synoptiques et analytiques, qui occupent quarante-deux pages de sa thèse, et qui constituent de précieux documents, sont absolument probants. Les deux cas de mort cités comme dus à d'autres champignons que les Amanites (*Lepiola helveola* et *Bolet* indéterminé), sont des plus douteux et peuvent être mis sur le compte d'une erreur ou d'une simple gastro-entérite déterminée par ces cryptogames.

En effet, si les Amanites constituent, en réalité, un « petit groupe de champignons vraiment vénéneux, dont l'ingestion, dans des conditions analogues, produit toujours un ensemble morbide, très grave, souvent mortel et constamment identique à lui-même », (Dr V. Gillot *loc. cit.*, p. 74), il serait absolument faux de proclamer l'innocuité des autres espèces de champignons. Il en est un grand nombre, au contraire, Russules, Lactaires, Hypholomes, Bolets, etc., qui doivent être considérés comme *suspects, malfaisants* ou *nuisibles*, et dont l'ingestion détermine des accidents, parfois fort graves, de gastro-entérite aiguë. Mais, néanmoins, quelle que soit l'intensité des accidents observés ou du moins relatés avec certitude par des médecins compétents, ils ne sont *jamais* suivis de mort, tout au moins imputable à une véritable action toxique. Cette constatation, si contraire aux croyances généralement en cours, appelle donc de nouvelles observations et de nouvelles expériences.

Le Dr Victor Gillot avait commencé quelques expérimentations à cet égard, avec des champignons regardés comme suspects ou même vénéneux (*Clitocybe inversa, Russula sanguinea. Russula Queletii, Lactarius rufus, Hypholoma sublateritium*, etc.), de même que des recherches sur les cristaux observés dans leur suc d'exsudation. Mais ces expériences, trop peu nombreuses et trop tôt interrompues, ne peuvent qu'indiquer les desiderata de la science et la marche à suivre pour les satisfaire.

Le champ est vaste, les problèmes nombreux, les résultats éminemment utiles et pratiques. Déjà, le savant professeur de l'Ecole de pharmacie de Paris, M. E. Bourquelot et ses élèves, ont entrepris et publié sur les principes fongiques d'importants travaux plus chimiques, il est vrai, que médicaux. Il y a donc de quoi tenter les jeunes toxicologistes. Mais, pour mener à bien ces études, il faut le double concours d'un mycologiste capable de déterminer sûrement les espèces de champignons, et d'un expérimentateur pourvu de toutes les ressources du laboratoire. De même que le médecin de campagne, isolé et pauvre en connaissances botaniques, aurait besoin, en présence d'un cas d'empoisonnement par les champignons, de recourir à la science

(1) Suite et fin. Voir page 777.

Digitized by Google

d'un mycologue. Ce concours, cette colloboration, si désirables, sont faciles à réaliser. La Société mycologique de France, qui a déjà rendu tant de services, comprend actuellement plus de deux cents membres répartis sur tous les points du territoire français. Rien ne serait plus aisé pour le médecin praticien, appelé à donner des soins à des malades victimes des effets nocifs d'un plat de champignons, que de prendre avec soin l'observation des symptômes morbides et de leurs conséquences, et, en même temps, de se faire représenter ou de rechercher le corps du délit, c'est-à-dire des champignons identiques au tout au moins leurs débris, et de les soumettre à l'examen compétent d'un mycologiste de la région. Et si quelques élèves d'un laboratoire de médecine ou de pharmacie voulaient, sous la direction d'un savant chimiste et mycologiste, comme MM. Bourquelot, Lutz, Harlay, Badais, Perrot, ec., entreprendre des recherches sérieuses sur la toxicité des champignons, il n'aurait qu'à faire appel aux membres de la Société mycologique pour recevoir de différentes localités les matériaux nécessaires à ses travaux, plus immédiatement utiles, à coup sûr, que les recherches savantes sur quantité de substances exotiques, pour la plupart inutilisables !

Les Cèpes ou Bolets eux mêmes, employés en si grande quantité, à l'état frais ou sec, dans l'alimentation, et qu'on a comparés à cause de leurs éléments fortements azotés à de « la chair végétale », effraient bon nombre de consommateurs, à cause de la confusion possible des espèces éminemment comestibles avec d'autres espèces réputées comme très vénéneuses, sans doute à cause du changement de coloration de leur chair, devenant bleue, livide et peu appétissante, il est vrai, quand on la coupe, *Bolet luride* ou *chicotin*, *Bolet diabolique* (*Boletus luridus*, *Satanas*, etc.). Les recherches de MM. Bourquelot et Bertrand ont démontré que ces variations de couleur sont dues à l'oxydation, au contact de l'air, *de chromogènes*, substances très voisines de la tyrosine, mais sans aucune action nuisible, l'un des Cèpes qui bleuissent le plus vite et le plus complètement, le *Boletus cyanescens* étant incontestablement comestible et même délicat. Et, en effet, il n'existe dans la science qu'une seule observation d'empoisonnement par des Bolets suivie de mort, et encore, est-elle douteuse, rapportée par un journal non scientifique, ayant trait à un enfant de sept ans et attribuée à des Bolets dont l'espèce n'a pas été déterminée ! (Dr V. Gillot *loc. cit.*. p. 240). Ce serait donc sur des Cèpes, si nombreux et si nutritifs (1), que devraient porter tout d'abord les études et les expériences que nous sollicitons, et notamment sur les espèces réputées vénéneuses ou nuisibles, telles que le Satanas et le Bolet luride. Jusqu'à nouvel ordre, il est donc permis d'affirmer que tous les Bolets peuvent être impunément mangés, tout au moins à l'aide de certaines précautions que nous indiquerons plus bas.

C'est, avant tout, aux mesures hygiéniques qu'il faut faire appel, car, s'il existe, en réalité, très peu de champignons véritablement vénéneux, la plupart d'entre eux sont indigestes, et beaucoup deviennent nuisibles, soit par certains principes narcotico-âcres (acides, résines, etc.), soit par leur altération rapide, engendrant des ptomaïnes végétales spéciales, *cryptomaïnes* (Houdé), qui semblent entrer pour beaucoup dans un grand nombre de cas d'empoisonnements. La consommation et la vente des champignons doivent donc être surveillées et règlementées. On trouvera, à cet égard encore, dans la thèse du Dr V. Gillot, des documents rassemblés, comme nulle part ailleurs, et l'indication bibliographique très soignée de 186 ouvrages ou mémoires utilisés dans son travail.

Le traitement de l'empoisonnement par les champignons vénéneux devra, si l'on arrive à temps, consister tout d'abord dans une médication évacuante énergique (vomitifs, apomorphine, huile de ricin, etc.); puis, suivant les cas, s'adresser aux simples émollients (boissons délayantes, lait, lavements, etc.), contre l'inflammation gastro-intestinale causée par les Lactaires, Russules, etc.; et, quand il s'agit de champignons vraiment vénéneux, c'est-à-dire les Amanites, combattre les phénomènes dépressifs des *Amanites bulbeuses* par les stimulants (éther, café frictions, injections de caféïne, de sérum artificiel, etc.), et l'excitation cérébro-spinale des *Amanites à muscarine*, par les calmants (opium, chloral), sans oublier les injections hypodermiques d'atropine, qui passe pour antagoniste de la muscarine, mais dont l'emploi doit être très prudent.

Comme résumé des considérations précédentes et de la thèse du Dr Victor Gillot, qu'il faut lire tout entière, nous en reproduirons les conclusions (*loc. cit.* p. 334-335), dans lesquelles il a condensé les données les mieux établies de la science médicale actuelle.

« 1° Le groupe des champignons volvacés (*Amanites* et *Volvaires*) est le seul qui renferme des champignons réellement vénéneux, ce qui rend par conséquent facile la connaissance de ceux-ci.

« 2° Dans ce groupe, on doit distinguer deux séries : celle de l'Amanite bulbeuse (*Amanita bulbosa*, *mappa*, *phalloïdes*, etc.), déterminant la mort en régle générale, et celle de l'Amanite fausse oronge (*Amanita muscaria* et *A. pantherina*), cause d'accidents graves mais exceptionnellement mortels.

« 3° Chacun de ces deux groupes se caractérise

(1) H. Vennin. Les Cèpes dans leur rapport avec l'alimentation. *Thèse de Lyon*, 1898.

Digitized by Google

en clinique par un ensemble de symptômes qui leur sont propres et qui nous ont permis d'établir les syndromes *phalloïdien* et *muscarinien*.

« 4° Ces syndromes correspondent à deux principes toxiques très différents ; dans le premier cas une substance encore mal définie chimiquement, la *phalline*; dans le second cas un alcaloïde bien étudié, la *muscarine*.

« 5° En dehors des genres précités, aucun autre champignon ne peut, jusqu'ici, être considéré comme vénéneux. Les accidents fréquents et même graves déterminés par des champignons alimentaires autres que les volvacés ne sont en réalité, que le résultat d'indigestion ou de gastro-entérite plus ou moins prononcée.

« 6° La prophylaxie de l'empoisonnement par les champignons consiste, avant tout, dans des précautions préalables qui se résument, en somme, dans lavages répétés et la coction à l'eau bouillante avec rejet de l'eau de cuisson. »

Il est bon de rappeler que ces précautions prophylactiques, trop oubliées des médecins, ont été expérimentées et exposées, il y a déjà un demi-siècle, par F. Gérard, et approuvées par le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. Il est donc utile de reproduire ici le procédé de Gérard, tel qu'il le décrit lui-même :

« Pour chaque 500 grammes de champignons coupés en morceaux d'assez médiocre grandeur, en quatre pour les moyens, en huit pour les plus gros, il faut un litre d'eau acidulée par trois cuillerées de vinaigre ou deux cuillerées de sel gris, si l'on n'a pas autre chose ; dans le cas où l'on n'aurait que de l'eau à sa disposition il faut la renouveler une ou deux fois. On laisse les champignons macérer pendant deux heures, puis on les lave à grande eau ; ils sont alors mis dans l'eau froide qu'on porte à l'ébullition, et, après un quart d'heure, ou mieux encore une demi-heure, on les retire, on les lave, on les ressuie et on les apprête, soit comme un mets spécial, et ils comportent les mêmes assaisonnements que les autres, soit comme condiments. (F. Gérard, *Journal des connaissances médicales pratiques*, 1851 ; *Académie de médecine*, 1852 ; *Revue scientifique et industrielle*, 1854, etc.)

Par son procédé, Gérard montra qu'il est possible de rendre inoffensifs les champignons les plus dangereux, mais la Commission nommée pour juger ses expériences, ne crut pas opportun de donner la publicité aux résultats obtenus. On pensa qu'il ne serait peut être pas sans danger de dire à tous, qu'avec certaines précautions, on pourrait manger toutes les espèces de champignons.

Sans vulgariser cet emploi, il faut néanmoins apprendre aux populations qu'il n'existe qu'un moyen de prophylaxie des empoisonnements en cas de doute sur la valeur des champignons récoltés : c'est l'*ébullition* prolongée et surtout le *rejet* absolu de toute eau d'ébullition (Dr V. Gillot, *loc. cit.*, p. 825).

Il est, en somme, comme le disait déjà le Dr Foucart (*Gazette des Hôpitaux*, n° du 11 avril 1861), mille fois plus pratique d'enseigner au vulgaire de rendre innocentes les espèces de champignons suspects, que d'essayer de lui enseigner à distinguer à l'aide de caractères difficiles à saisir, et souvent infidèles, les espèces comestibles des espèces dangereuses.

Il serait cependant très utile de posséder un ouvrage populaire, exact et à bon marché, représentant surtout les espèces vénéneuses, Amanites et Volvaires, qu'il faut savoir reconnaître et éviter avant tout. Les meilleures publications en ce genre, telles que l'*Atlas des champignons* de L. Dufour, avec 80 planches coloriées, le *Petit atlas de poche* et le *Tableau des principaux champignons comestibles et vénéneux* de P. Dumée, avec 31 figures seulement, édités par la librairie P. Klincksieck (3, rue Corneille, à Paris), sont insuffisantes, car elles ne représentent, en regard de nombreux champignons alibiles, que les espèces principales et les formes typiques des champignons vénéneux, négligeant les espèces plus rares où les variétés d'Amanites, que leur forme ou leur coloration permettent surtout de confondre avec des espèces comestibles, et qui constituent presque exclusivement le vrai danger des champignons. C'est pour le conjurer, autant que possible, que dans sa séance du 2 octobre dernier, le Congrès international de botanique, à Paris, qui s'est beaucoup occupé de mycologie, au point d'avoir été appelé spirituellement le « Congrès des champignons » (*Le Temps*, n° du 7 octobre 1900), a émis le vœu qu'il ne soit exposé ou livré à la publicité que des représentations de champignons exactes et vérifiées par des spécialistes autorisés ; que, dans l'étude des différentes espèces, on s'attache spécialement à enseigner les caractères des Amanites et des Volvaires, et que cette étude fasse partie de l'enseignement primaire. Le Congrès aurait pu ajouter : de l'enseignement *à tous les degrés* ; car les plus instruits et les plus intéressés, dans la circonstance, médecins et pharmaciens, n'en savent en général, guère plus long que les instituteurs primaires. Et c'est un tort ! — H. Huchard.

Composition de l'odol. — Voici la composition de ce médicament vanté en Allemagne comme dentifrice :

Saccharine	0 gr. 05
Salol	4 grammes
Teinture de vanille	XX gouttes
Essence de menthe	XXX —
— de cumin	1 gramme
Alcool pur	95 —

S. R.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE INFANTILE

Les hémorrhagies des capsules surrénales. — La pathogénie de la maladie d'Addison est encore peu connue. Il est certain seulement que la maladie d'Addison apparaît surtout au cours des lésions chroniques de la capsule surrénale, comme la tuberculose et le cancer capables de détruire à la fois la glande et les plexus nerveux sympathiques qui l'avoisinent, mais il est impossible de dire si les symptômes observés relèvent plutôt d'une insuffisance capsulaire ou d'une lésion du système nerveux sympathique.

F. Arnaud essaie de constituer le syndrome clinique d'insuffisance surrénale en rapport avec la destruction des capsules par des hémorrhagies (*Archives générales de médecine*, juillet 1900).

Les hémorrhagies des capsules comptent parmi les lésions pathologiques les plus communes de ces organes après la tuberculisation. Sur 100 sujets adultes, Arnaud a trouvé 3 hémorrhagies importantes des capsules à l'autopsie, et 8 hémorrhagies de moindre volume à l'examen histologique. Cette lésion est beaucoup plus fréquente chez le fœtus et le nouveau-né.

Les hémorrhagies, le plus souvent bilatérales, varient d'une simple extravasation capillaire à un énorme kyste hématique de 2 kilogrammes comme dans le cas de Rayer : ces hémorrhagies peuvent s'ouvrir dans le tissu cellulaire ou le péritoine.

C'est presque toujours au centre de la capsule que siègent les hémorrhagies. Cependant leur point de départ n'est pas, ainsi qu'on l'admet généralement, dans la substance médullaire, mais dans l'épaisseur de la zone corticale interne, ou autour des rameaux veineux de la nervure centrale.

On a invoqué comme cause le traumatisme, l'athérome généralisé, la phlébite des veines capsulaires, la congestion hémorrhagique des capsules liées à la stase veineuse abdominale. La congestion active en rapport avec les brûlures étendues et les diverses infections et intoxications en sont parfois la cause : Roux et Yersin, Charrin et Langlois, Roger ont produit des hémorrhagies surrénales par l'injection dans le sang de cultures ou de toxines diphtérique, pyocyanique ou pneumo-bacillaire. Pilliet a obtenu les mêmes resultats par l'injection de métatoluylendiamine, d'essence de girofle ou de géranium.

L'intérêt de la question est surtout de préciser les symptômes en rapport avec les hémorrhagies des capsules surrénales.

Il est exceptionnel et même contestable, que les hémorrhagies des capsules donnent lieu à une véritable maladie bronzée. Les observations de Addison, Greenhow, Goolden, Mattéi, Carrington ne sont pas absolument convaincantes.

Mais il existe, dans certains cas d'hémorrhagie capsulaire, des troubles locaux ou généraux, dépendant de la localisation spéciale de l'épanchement sanguin, ainsi que Arnaud a pu s'en rendre eompte par ses observations personnelles et par le dépouillement des observations antérieures.

En dehors de la pigmentation, signe tardif et exceptionnel, l'hémorrhagie capsulaire peut manifester cliniquement son existence par trois ordres de symptômes :

1° Des signes de péritonite ou d'hémorrhagie interne, quand la capsule se déchire : il se produit alors une vive douleur abdominale, des vomissements, du ballonnement du ventre, des signes de collapsus et la mort survient en quelques jours, parfois en quelques heures.

2° Les signes d'insuffisance capsulaire sont généralement peu tranchés : il est rare que le syndrome addisonien apparaisse au complet. On observe seulement de l'anémie, de l'asthénie musculaire, de l'amaigrissement ; la mélanodermie manque le plus souvent.

Quant à la diarrhée, aux vomissements, aux douleurs de ventre, à l'hypothermie et au collapsus, ils semblent plutôt en rapport avec l'irritation des plexus nerveux péri-capsulaires.

3° Enfin, certaines hémorrhagies surrénales donnent lieu à des phénomènes nerveux graves, tels que vives douleurs, convulsions, contractures, délire ou coma, et amènent rapidement la mort Ainsi s'expliquent certaines morts subites. Mattéi, Goodhart, Arnaud en rapportent des exemples. Parrot a noté, dans la céphalopathie urémique des nouveau-nés, des hémorrhagies importantes des capsules.

D'ailleurs, on a publié un certain nombre d'observations où la maladie d'Addison s'est terminée subitement par des accidents nerveux mortels. Variot a montré la fréquence de la mort subite chez les enfants atteints de maladie bronzée. Ihler en a réuni 13 observations empruntées à différents auteurs.

Ainsi, il y a un véritable syndrome d'insuffisance surrénale sans mélanodermie, sur lequel Sergent et L. Bernard ont déjà attiré l'attention. Ces auteurs insistent avec raison sur la fréquence des accidents aigus et de la mort rapide, non seulement au cours de la maladie d'Addison, mais dans un assez grand

Digitized by Google

nombre de cas de lésions tuberculeuses des capsules sans mélanodermie et même sans symptômes appréciables de maladie bronzée.

Ces accidents aigus terminaux peuvent difficilement s'expliquer par la théorie de l'insuffisance capsulaire, ils relèvent sans doute de la réaction brusque du système nerveux sympathique péri-capsulaire.

Ainsi, dans la pathogénie de la maladie d'Addison, il faut faire une part à la fois à l'insuffisance capsulaire et aux lésions des plexus nerveux péri-capsulaires. — E. L. M.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement de la constipation des nourrissons. — Il est bon de varier à l'infini les moyens thérapeutiques contre la constipation des nourrissons. Aussi le procédé indiqué par Dœrfler (*Münch. medic. Woch.*, 1900) mérite-t-il d'être signalé.

On fait absorber au nourrisson constipé du beurre frais; il se produit une selle pâteuse trois ou quatre heures après. La dose varie suivant l'âge du nourrisson, une demie ou une cuillerée à café matin et soir à l'âge de 2 à 3 mois, deux ou trois cuillerées à l'âge de trois ou quatre mois, etc. On doit continuer le traitement jusqu'à l'obtention de selles normales et régulières. Il est contre-indiqué dans les cas de catarrhe stomacal ou intestinal. — E. L. M.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de l'épididymite blennorrhagique par le stypage. — Les moyens thérapeutiques employés contre l'orchite blennorrhagique sont nombreux; on a successivement vanté les applications de pommade mercurielle belladonée, les applications de glace, les badigeonnages de gaïacol, la compression ouatée, l'administration de salicylate de soude, etc. Le Dr Roger (*Th. Paris* 1900) après une revue critique de ces divers modes de traitement préconise comme plus pratique et plus efficace le traitement par le stypage.

Employée pour la première fois par M. Du Castel, cette méthode de traitement fut décrite par ses élèves Duchaussoy et Le Valle, puis par Fleury. Roger conseille de procéder de la façon suivante : Monter sur une pince hémostatique un tampon de coton hydrophile bien tassé, le placer sous un jet de chlorure de méthyle et le porter directement sur le scrotum du côté malade; au bout de trois à quatre secondes, la peau blanchit et l'effet cherché est atteint. D'après l'auteur, il serait encore préférable de badigeonner le scrotum avec du chlorure de méthyle liquide obtenu en le recueillant à sa sortie du syphon dans un récipient particulier, le thermo-isolateur d'Arsonval.

On peut employer également le chlorure d'éthyle de la même façon; les effets physiologiques paraissent les mêmes qu'avec le chlorure de méthyle; peut-être la douleur est-elle moins vive. Le chlorure d'éthyle s'enflammant facilement, on prendra la précaution de se tenir à distance de toute flamme pendant la durée de l'opération.

Le chlorure d'éthyle a l'avantage d'être plus maniable, de plus, on le trouve plus facilement.

Le stypage agit comme révulsif et irritant des extrémités nerveuses périphériques; il agit aussi en déterminant une contraction persistante des fibres musculaires lisses du dartos.

Le stypage pratiqué une fois par jour, supprime les douleurs, amène une résolution rapide des phénomènes inflammatoires; il est absolument sans danger et peut être appliqué dans tous les cas, même lorsque l'orchi-épidydimite se complique de funiculite.

Il n'existe guère qu'une contre-indication, c'est l'irritation des téguments des bourses, du fait de l'application antérieure d'un topique, ou d'un stypage un peu prolongé ayant déterminé la production d'une phlyctène ou d'une eschare. — J. H. M.

CLINIQUE MÉDICALE

Formes anormales du cancer du pancréas. — La forme clinique habituelle des cancers du pancréas est bien connue depuis les travaux de Bard et Pic (*Revue méd.* 1888), de Huchard (*Journal des Praticiens*), de Hanot (*Congrès de Tunis*, avril 95), et comprend deux groupes de symptômes, les uns positifs : amaigrissement et cachexie rapides, ictère bronzé, progressif et sans rémission aucune, distension de la vésicule biliaire, parfois douleur et tumeur épigastriques; les autres négatifs : absence de tuméfaction du foie et de la rate, absence d'ascite. L'importance de la distension de la vésicule biliaire par opposition à ce qui se passe dans l'ictère par rétention d'origine calculeuse a été bien mise en évidence par les travaux de Courvoisier en 1889 et de Terrier (*Soc. chir.* 26 avril 1892). Plus tard, en 1897, Bard et Pic (*Rev. méd.*) signalèrent plusieurs cas de glycosurie dans le cancer du pancréas. Depuis ces travaux, une centaine d'observations ont été publiées et Bachon (*Th. Lyon*, 1899) a consacré à cette étude un excellent travail; plus récemment, MM. Pic et Tolot (*Prov. méd.*, numéros 24, 25, 26, 1900) étu-

Digitized by Google

dient des formes cliniques diverses bien qu'anatomiquement le cancer eut toujours siégé à la tête et eut été primitif. Ils décrivent :

a) Une *forme cachectique simple* survenant chez des vieillards présentant de l'anorexie, de la faiblesse progressive, un amaigrissement énorme et une cachexie rapide. Une seule observation de Ranglaret (*Soc. anat.*, 1893) suffit à étayer ce type clinique.

b). Une *forme diabétique*. Il y a des cas où on observe une glycosurie légère et intermittente apparaissant comme épiphénomène au cours de l'évolution normale du cancer primitif avec le tableau de l'ictère par rétention. Ce sont là les cas les plus nombreux. Mais il est d'autres cas où il y a non seulement glycosurie abondante, mais tous les signes du diabète, polyurie, polydepsie. Tels sont les cas de Paromaki (*Marseille méd.* 1894), de Bouchard, de Collier (*Brit. med. journ.* 1889).

c) *Forme pseudo-hépatique* prenant l'aspect d'une ascite d'origine cirrhotique, tel un cas de Pauly (*Soc. des sciences méd. de Lyon* 1890). Flavio Santi a vu deux cas avec ascite chyleuse.

d) La *forme pseudo-pylorique* s'accompagne d'une dilatation considérable de l'estomac, de grands vomissements, soif intense, constipation, amaigrissement et cachexie rapides ; en somme, les signes d'une sténose gastrique.

Une observation de Pilliet (*Soc. anat.*, 1888) est le type de cette forme clinique. Beaucoup d'autres observations s'en rapprochent, mais malheureusement elles son incomplètes, et beaucoup d'entre elles se rattachent vraisemblablement à des tumeurs d'origine réellement pyloriques, mais généralisées au pancréas.

En somme, ces modalités cliniques du cancer de la tête du pancréas sont plutôt un phénomène exceptionnel, et elles conservent toutes quelque chose de commun avec le type général, à savoir : une cachexie et un amaigrissement rapides et progressifs.

Bien plus intéressantes sont les *formes anormales dues au siège de la tumeur en dehors de la tête du pancréas* (queue ou corps). On en connaît les observations de Strumpell, de Olivier, de Bernard, de Huchard, d'Ebstein, siégeant à la queue. Dans ces cas, le cancer est latent et n'est qu'une trouvaille d'autopsie; on ne constate guère que l'amaigrissement et la cachexie et des symptômes variables dus aux noyaux de généralisation.

Quelquefois, le cancer siège sur le corps du pancréas, c'est là une forme rare observée par Chappet, et par Pic et Tolot. Ces cas constituent une forme spéciale, *pseudo-anévrysmale*. On y constate non seulement des battements, mais un véritable souffle dû à la compression soit de l'aorte, soit de ses branches par la tumeur. Pic et Tolot ont même observé un battement expansif. Il existe également des douleurs épigastriques intenses ; la tumeur est médiane, d'une dureté ligneuse, d'une fixité absolue. Pour éviter l'erreur de diagnostic, on se basera sur l'absence de retard du pouls fémoral, ainsi que sur la présence d'une tumeur dure et nullement réductible. La cachexie est aussi un bon symptôme.

En somme, qu'il s'agisse de la forme normale ou des formes anormales de la tête, ou même des formes dont la marche anormale est due au siège de la tumeur en dehors de la tête de l'organe, à part l'amaigrissement, la cachexie et la présence d'une tumeur, les autres signes ne sont que des signes d'emprunt, quelque grande d'ailleurs que soit leur importance clinique. — M. Deguy.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'eau potable à Paris. — Dans la séance du 24 juillet, l'Académie avait attiré l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité :

1° De prendre d'urgence les mesures nécessaires pour maintenir l'eau de la Seine à une pression convenable.

2° De réaliser la séparation complète de l'eau de source et de l'eau de rivière, filtrée ou non, celle-ci devant être exclusivement réservée aux usages industriels, au lavage des chaussées et au tout-à-l'égout.

Voici la réponse du Préfet de la Seine :

« La séparation complète de l'eau de source et de l'eau de rivière brute est un fait accompli depuis longtemps à Paris. Tous les organes de la distribution des eaux, réservoirs et canalisations, sont nettement séparés et aucun mélange ne peut se produire entre ces deux natures d'eau.

« L'Académie demande que cette séparation s'étende aussi à l'eau de rivière filtrée, qu'elle voudrait voir réservée aux usages publics et industriels ou au lavage des water-closets. Je ne vois pas l'intérêt que présenterait cette mesure ; car le filtrage des eaux nécessite des opérations délicates et onéreuses qui seraient effectuées en pure perte. D'ailleurs l'eau filtrée qui ne sert que d'appoint à la consommation privée quand l'eau de source est insuffisante, a été reconnue à la suite de nombreuses analyses faites par les chimistes des laboratoires officiels comme parfaitement salubre; elle contient en effet moins de bactéries et de matières organiques que l'eau de source. Toute la banlieue de Paris, beaucoup de grandes villes, notamment Londres et Berlin, ne sont alimentées qu'en eau de rivière filtrée et il a été constaté que son usage ne présentait aucun inconvénient pour la santé publique; la mortalité dans les villes qui emploient l'eau de rivière filtrée pour les besoins de la consommation privée n'est point supérieure à celle des villes qui sont alimentées en eau de source.

« Quant aux mesures nécessaires pour donner plus de pression à l'eau de rivière, c'est une question d'ordre technique ou admi-

Digitized by Google

nistratif. La permanence de pression de cette nature d'eau est difficile à maintenir en raison même du service public qu'elle dessert. Le lavage et l'arrosage des chaussées qui se fait pendant une faible partie de la journée, et qui augmente le débit des canalisations, a pour effet d'abaisser la pression à l'intérieur des immeubles dont les branchements sont piqués sur la conduite du service public. Dès que les puisages ont cessé, la pression devient normale. Or, rien n'empêche les propriétaires de placer en haut de la colonne montante de l'immeuble un réservoir qui assurerait le service pendant le temps où la pression diminue. Par ce moyen assez simple, les maisons seraient assurées d'avoir une alimentation constante.

« Mais les mesures à prendre à cet égard intéresseraient les propriétaires, qui paieraient l'eau à un tarif moins élevé, bien plus que l'hygiène publique elle-même. »

M. Hanriot : La réponse du préfet de la Seine montre combien il est urgent que les corps compétents soient appelés à donner un avis écouté sur la question des eaux.

Ce n'est pas en effet en comptant les bactéries ni en dosant les matières organiques dans une eau que l'on peut affirmer son innocuité; la bactériologie arrivera peut-être un jour à ce degré de perfection ; mais, avec les procédés actuels, rien n'est plus dangereux pour la santé publique que d'affirmer la pureté d'une eau en se fondant sur des recherches de laboratoire, quelque nombreuses qu'elles puissent être.

Le préfet de la Seine sait mieux que personne le peu d'importance que l'on doit attacher à de telles recherches, lui qui n'a pas hésité, il y a quelques mois, à infirmer publiquement les résultats obtenus dans son propre laboratoire en déclarant « éberthiforme » le bacille typhique retrouvé une fois par hasard dans l'eau du réservoir de Montsouris.

La fièvre typhoïde a malheureusement un réactif plus sensible que ceux de nos laboratoires : c'est l'organisme humain; et la triste expérience qui en est faite depuis deux ans eût été épargnée à la population parisienne, si l'administration préfectorale se fût interdit les mélanges regrettables d'eaux de toute nature.

L'Académie était donc bien fondée à réclamer le fonctionnement convenable de l'eau de rivière, complément indispensable du tout à l'égout. Ce n'est pas, comme a l'air de le croire M. le préfet, dans l'intérêt des propriétaires, mais pour assurer la pureté des eaux de source, auxquelles on n'est forcé d'ajouter de l'eau de rivière filtrée ou de l'eau de drains suspects que pour avoir un volume suffisant pour l'employer à des usages industriels.

Il est vraiment regrettable, après tous les sacrifices que s'est imposés la Ville de Paris, de voir ainsi compromettre la santé publique.

Traitement du cancer par l'injection d'un sérum anti cellulaire. — M. Championnière rapporteur. M. Wlaeff, de Saint-Péterbourg nous a présenté dans la séance du 12 juin dernier un mémoire sur le traitement des tumeurs malignes par un sérum découvert par lui. Le sérum est obtenu par la culture de blastomycètes ou ferments extraits de tumeurs cancéreuses, dont ils seraient les parasites.

M. Wlaeff a essayé son sérum sur un certain nombre de cancéreux, et, tout naturellement, les sujets qui lui ont été soumis étaient des sujets qui paraissaient inopérables, à cause du volume ou de la situation des tumeurs ou à cause de l'étendue de l'engorgement ganglionnaire.

Il a présenté à l'Académie deux sujets atteints d'épithélioma de la langue. Le premier, d'après l'observation, avait été conduit à M. Wlaeff ayant déjà de l'engorgement ganglionnaire.

Après six injections et un traitement d'un mois, il avait paru amélioré et il avait été opéré par M. Reynier. Peu de temps après il fit une ulcération de sa cicatrice et, sous l'influence de nouvelles injections, cette ulcération se cicatrisa. Depuis il a engraissé et restait guéri du côté de sa tumeur quoique ses ganglions fussent encore pris ; il a subi récemment l'ablation d'un ganglion sous-maxillaire.

Chez un autre malade, toujours atteint d'épithélioma lingual les injections paraissent avoir amené une réelle amélioration et surtout un soulagement des douleurs. Le malade n'a pas été retrouvé.

Malheureusement ces malades n'ont pu m'être représentés, et cela enlève évidemment une partie de l'intérêt de mon rapport.

Il y a eu un bon nombre d'autres cancéreux inoculés.

J'ai eu l'occasion de voir un sujet avec autre épithélioma lingual, engorgement ganglionnaire énorme. Chez celui-ci, traité depuis six mois, le soulagement paraît avoir été considérable. Non seulement le sujet accuse une diminution de ses douleurs, mais le volume de l'engorgement ganglionnaire a diminué suffisamment pour que cela soit devenu appréciable par l'ajustement des vêtements. La salivation s'est beaucoup modifiée. En même temps, dans cette période, le sujet a cessé de maigrir. Même il paraît avoir gagné un peu de poids.

J'ai vu également une femme atteinte de cancer du sein droit avec engorgement ganglionnaire. Ici l'amélioration était moins manifeste ; cependant la malade affirmait que sa tumeur avait diminué et que les mouvements de son bras étaient devenus plus faciles.

Notre collègue, M. le professeur Berger, et M. le Dr Reynier ayant eu occasion de confier à M. Wlaeff des malades et de les suivre, je leur ai demandé l'expression de leur opinion d'après les observations qu'ils ont pu faire eux-mêmes.

Or les observations de nos collègues sont assez concordantes :

Sur aucun des sujets observés on n'a observé de guérison ni même de tendance à la guérison.

Toutefois les sujets ont paru réellement impressionnés par le traitement et cette impression a été favorable.

Localement, les tumeurs ont paru diminuer un peu de volume.

Diminution des hémorragies dans un cancer du rectum, diminution de l'œdème et de la salivation en plusieurs cas de cancer de la langue.

Les douleurs paraissent réellement avoir diminué aussi. L'appréciation de ces symptômes est infiniment difficile à juger, les sujets abandonnés de la chirurgie étant assez

Digitized by Google

aisément suggestionnés lorsqu'on s'occupe d'eux attentivement.

Plusieurs sujets paraissent réellement avoir gagné du poids et d'autres surtout ont cessé de maigrir.

En somme, on a le devoir de constater qu'il semble bien qu'un temps d'arrêt se soit produit dans l'évolution de la maladie.

Ce temps d'arrêt ne paraît pas avoir été suivi d'une évolution bien nette vers la guérison. Même dans les cas les plus favorables et le plus longtemps suivis on n'a pu espérer cette guérison.

Il semble même que sur les tumeurs l'action des injections n'a été que passagère, car, dans les cas dans lesquels les sujets améliorés ont cru devoir abandonner pour un temps les injections, les symptômes fâcheux se sont montrés à nouveau et certains sujets ont dû recourir rapidement à de nouvelles injections pour retrouver le soulagement qu'ils avaient d'abord ressenti.

Nous sommes donc en face de faits intéressants, mais pourtant bien éloignés de la guérison du cancer.

On peut même dire qu'il est impossible de tirer une conclusion nette de ces faits. Il aurait fallu pouvoir suivre chacun des malades pendant une période beaucoup plus longue.

Il aurait fallu multiplier les injections dans des cas divers.

Il aurait même fallu pouvoir examiner des pièces anatomiques multiples.

En effet, M. Wlaeff croit avoir observé dans les tumeurs qui ont été enlevées après traitement, une modification importante du tissu de la tumeur qui se caractériserait par un développement du tissu fibreux et une sorte de tendance de la tumeur à la régression.

Selon lui cela concorderait avec la diminution de volume qu'il observe chez les sujets au moment de l'injection.

Il aurait fallu également soumettre les sujets à des injections de sérum de sujets non immunisés, et voir ce qui en résulterait.

En effet, il semble hors de doute que les tumeurs ont subi une certaine impression de l'injection de ce sérum. Mais on ne doit pas oublier que les tumeurs malignes sont plus impressionnables aux médications qu'on ne l'admet généralement. Bien souvent on a pris pour des progrès de guérison les modifications passagères obtenues par des actions thérapeutiques très variées.

Quand le sujet n'est plus justiciable d'une intervention chirurgicale, il arrive souvent qu'il ne suive aucune médication régulière, et on ne peut juger de la possibilité de ces modifications.

Mais souvent, quand des médications ont été tentées d'une façon continue, on a observé quelques faits qui ont surpris, et il est arrivé souvent que l'on ait conclu prématurément à une guérison du mal.

C'est là ce qui explique les prétentions émises déjà d'une façon retentissante pour d'autres sérums C'est là ce qui explique quelques observations curieuses de modifications passagères obtenues par des sérums quelconques.

C'est là ce qu'on a observé pour l'inoculation de l'érysipèle.

Il y a des médications qui ont donné des retards d'évolution du cancer si prolongés que l'on a proclamé la guérison prochaine ; tous les chirurgiens ont observé de ces faits.

L'histoire des cancers viscéraux et surtout l'histoire du cancer de l'estomac est riche en faits de cet ordre.

J'ai pour ma part donné souvent une médication fondée sur une observation curieuse de Fonssagrives, que mon frère a remise en honneur et a bien souvent appliquée à la guérison des verrues.

Fonssagrives avait fait connaître la disparition des verrues, de certains papillomes, sous l'influence de l'administration longtemps continuée d'une faible dose de magnésie anglaise J'ai répété bien des fois avec succès cette médication pour les papillomes bénins, pour les verrues multiples.

Mais j'ai aussi tenté de l'appliquer au cancer.

Or, dans les cancers du sein en particulier, j'ai vu souvent un notable ralentissement dans l'évolution des tumeurs.

J'ai vu des épithéliomas de la langue et des lèvres profondément modifiés. Dans quelques cas mêmes, j'ai pu croire à une guérison définitive de certains sujets. Je suis même certain d'avoir observé des guérisons qui m'ont fait penser que j'avais eu affaire à des tumeurs spéciales, à des épithéliomas d'une nature particulière puisque la magnésie donnée dans des cas en apparence semblables ne modifiait plus les sujets chez lesquels le cancer évoluait.

On a vu tout récemment M. Jaboulay préconiser le sulfate de quinine à haute dose comme un médicament susceptible de modifier l'évolution du cancer.

Tout n'était certainement pas faux dans les thérapeutiques successivement vantées contre le cancer.

Mais surtout, par des moyens très divers, on a obtenu des modifications de la marche des cancers, des temps d'arrêt.

Il faut donc être très circonspect quand des faits sont apportés montrant une action nouvelle sur les tissus cancéreux.

Cette fois-ci l'action est-elle plus constante ? est-elle plus favorable que celle que nous avons observée jusqu'alors ?

M. Wlaeff pense que ses injections ont été suivies d'une amélioration notable. Il pense que de leur fait des sujets inopérables pour cause d'envahissement ganglionnaire sont devenus opérables. Il pense enfin que l'évolution du mal a été retardée.

Sur le cas de l'opérabilité des sujets, on ne saurait porter un jugement sans avoir bien étudié ces sujets en temps utile, ce que je n'ai pu faire.

Digitized by Google

Sur l'amélioration ressentie, nous avons le témoignage des malades Celui-ci est toujours un peu suspect. Cependant il a été si affirmatif pour plusieurs d'entre eux qu'il me paraît difficile de le révoquer en doute. Une certaine amélioration apparente a été régulièrement constatée par MM. Berger et Reynier. Il me paraît donc difficile d'admettre qu'il ne s'agisse là que de sujets suggestionnés par l'intervention.

Quant à l'injection elle-même, si on peut dire qu'elle est inoffensive on ne peut pas dire qu'elle soit inactive, car elle est suivie d'une réaction assez intense. Cette réaction est passagère, elle ne dépasse guère quarante-huit heures, mais elle indique que l'économie en subit un certain trouble.

Précisément, dans la seule expérience que j'ai pu suivre de près, il m'a été facile de relever le fait. Chez une femme atteinte de cancer mammaire avec ganglions axillaires et ganglions sus-claviculaires cinq injections ont été faites.

Elles ont chaque fois déterminé chez la femme un malaise assez prononcé qui a duré quarante-huit heures environ.

Ce malaise général était accompagné d'un sentiment de tension dans la tumeur et dans les ganglions qui semblait montrer que les tumeurs subissaient une modification du fait de l'injection.

D'après M. Wlaeff, il y aurait déjà diminution de la tumeur et des ganglions. Pour ma part, je ne trouve pas cette diminution appréciable, mais la malade affirme se trouver mieux. Son sein lui paraît moins lourd et le sentiment de tension qu'elle éprouve dans la tumeur lui paraît diminué. Elle n'y ressent plus de douleurs.

En tout cas, elle ne subit en définitive aucun inconvénient des injections et il y a eu une action passagère et manifeste sur la tumeur.

CONCLUSIONS — Des faits que j'ai étudiés et que je viens d'exposer, il résulte que les essais faits par M. le D Wlaeff méritent d'être continués et encouragés.

Ils ne paraissent pas avoir une base scientifique bien solide.

Jusqu'ici ils n'ont donné ni guérison ni rien qui montre que l'on marche vers la guérison.

Mais les tumeurs cancéreuses et certainement cancéreuses ont paru être impressionnées et modifiées dans un sens favorable dont le bien-être de certains sujets paraît donner une preuve réelle.

Il est possible que le sérum en question n'ait aucune spécificité et que nous soyons en présence de modifications que d'autres sérums ou d'autres substances produiront d'une façon analogue Le fait reste à chercher et à démontrer et ces recherches appellent des expériences contradictoires.

Peut-être les modifications obtenues ne constitueront-elles qu'un acheminement vers une intervention opératoire pratiquée dans des conditions particulièrement favorables ?

Mais la thérapeutique du cancer est si pauvre qu'il faut encourager tout ce qui donne même une apparence d'action sur le mal.

Je ne crois pas que les résultats obtenus soient encore assez réels pour m'autoriser à faire ces essais-là dans les cas où une intervention opératoire est indiquée comme utile et urgente

Mais pour tous les sujets qui m'ont été montrés il s'agissait de cancers inopérables ou de cas dans lesquels l'utilité de l'intervention était plus que contestable.

Je ne vois donc que des avantages à encourager les expériences de cet ordre, puisque les injections se sont montrées parfaitement innocentes chez des sujets qui se déclarent pour la plupart réellement soulagés par l'intervention.

L'avenir, avec une observation prolongée, peut seul nous dire le progrès définitif que peut obtenir la thérapeutique de M. Wlaeff. Mais il n'était pas inutile de signaler les résultats obtenus dans ses premiers essais, et particulièrement leur innocuité, d'autant plus que tout l'avenir de la thérapeutique du cancer est certainement dans les médications qui modifieront l'état général des sujets.

M. PAUL BERGER : Je dois dire que depuis qu'il a communiqué son travail à l'Académie, M. Wlaeff a fréquenté assidûment mon service et que je lui ai confié de nombreux malades, soit à l'hôpital, soit en ville, sur lesquels j'ai pu suivre l'application de sa méthode. Ces malades ont tous été choisis parmi les sujets atteints de tumeurs malignes inopérables et qui demandaient instamment qu'on usât de tous les moyens pour améliorer leur état. J'ai pu suivre de la sorte les effets des injections de sérum de M. Wlaeff sur une douzaine de malades au moins, qui ont chacun reçu de quatre à une vingtaine de ces injections.

Je commence par dire que celles-ci m'ont paru tout à fait inoffensives. Chez aucun des malades soumis à mon examen je n'ai observé, à la suite de l'injection, des phénomènes locaux ou généraux de réaction inquiétants ; les injections, faites avec des précautions d'asepsie minutieuses, n'ont donné lieu à aucune complication septique.

Trois des malades soignés par M. Wlaeff ont succombé au cours du traitement ; leur mort, survenue par les progrès de l'affection cancéreuse ou par des causes accidentelles, n'a eu aucun rapport avec les manœuvres qu'ils ont subies. L'un était un malade de la ville, qui avait un épithéliome récidivé, à marche excessivement rapide, de la face ; il succomba peu après le début du traitement, avant lequel on pouvait déjà le considérer comme dans un état désespéré.

Un autre malade, dans mon service de l'hôpital Beaujon, atteint d'un cancer inopérable de la mâchoire et des ganglions du cou, mourut presque subitement après avoir reçu une seule injection ; à l'autopsie, on trouva une généralisation très avancée de la carcinose qui avait envahi les poumons et les ganglions des médiastins.

Une troisième malade, opérée deux fois par moi pour un cancer de la mamelle, atteinte d'une nouvelle récidive massive et très rapide, fut enlevée par une hémorrhagie cérébrale ; elle avait reçu quatre injections sans aucun malaise, et se déclarait satisfaite des résultats du traitement.

J'ai tenu à indiquer exactement les causes de la mort dans ces

Digitized by Google

cas, afin de mettre tout à fait hors de cause l'action du sérum qui, dans le dernier surtout, avait paru plutôt bienfaisant.

Voici ce que j'ai observé chez les autres malades soumis au traitement de M. Wlaeff.

I. — *Malades atteints d'épithélioma du rectum.* Deux de ces malades ont été traités par M. Wlaeff et suivis par moi, l'un à l'hôpital, l'autre en ville.

Celui de l'hôpital est actuellement encore amélioré par le traitement ; il a reçu neuf piqûres. Le rétrécissement organique, très haut situé et adhérent, était inopérable et déterminait des phénomènes d'occlusion presque complète pour lesquels je devais incessamment pratiquer une colostomie iliaque. Dès les premières injections le cours des matières se rétablit, les douleurs diminuèrent, le ballonnement du ventre disparut, le malade reprit quelque appétit et augmenta de poids. La dernière fois que je l'ai revu, il se trouvait amélioré ; il est vrai qu'une fois déjà, entré dans le service avec des accidents analogues, il les avait vus se dissiper spontanément. Je n'ai pas, récemment, pratiqué l'examen de la tumeur par le toucher chez ce malade.

Le malade de la ville avait été, il y a près de trois ans, débarrassé par moi d'un épithéliome du rectum adhérent à la prostate par la méthode sacrée ; je lui connaissais, depuis quelques mois, une récidive inopérable qui avait même donné lieu à une rétention d'urine due à l'envahissement du tissu prostatique par la néoplasie ; il était atteint d'hémorrhagies graves et s'affaiblissait. Sous l'influence des injections, les hémorrhagies cessèrent ; pendant quelques mois le malade se trouva mieux, reprit appétit et bonne mine : mais il est impossible de se faire illusion sur l'accroissement graduel et sur la marche envahissante de la récidive qui n'a cessé d'augmenter ; actuellement des pertes sanguines réapparaissent et l'affaiblissement fait des progrès constants ; une nouvelle reprise des injections a néanmoins été suivie d'une nouvelle amélioration de l'état général et les hémorrhagies ont cessé de nouveau.

II. — *Malades atteints d'épithéliomas de la langue.* J'en ai examiné ou suivi plusieurs ; certains d'entre eux ont été perdus de vue sans que j'aie pu constater les résultats du traitement.

L'un d'eux, venu de province pour se soumettre au traitement du Dr Wlaeff, avait une énorme infiltration épithéliomateuse de la langue et du plancher de la bouche, avec une stomatite intense. Une partie de la langue était transformée en une escarre, la dysphagie était totale, les douleurs très vives. Le traitement a consisté en injections de sérum et en soins de propreté de la bouche pour lesquels l'eau oxygénée était employée. L'escarre se détacha, la plaie se nettoya d'abord, les douleurs parurent diminuer, les forces revenir un peu ; mais après cette amélioration temporaire l'envahissement épithélial a repris de plus belle ; et cependant, circonstance assez étrange, pendant que l'ulcération gagne le plancher de la bouche et que les parties molles qui entourent la mâchoire et particulièrement le menton, sont envahies par la néoplasie avec des phénomènes de suppuration comme ceux qui compliquent souvent les épithéliomes de ces régions, le moignon de la langue paraît subir une sorte de sclérose et l'ulcération qui a détruit la plus grande partie de cet organe se cicatrise par places. Ce malade part aujourd'hui même pour la province.

Un autre malade est venu régulièrement tous les huit jours dans mon service pour se faire traiter d'un épithéliome de la base de la langue adhérent au plancher buccal, gros comme une noix, avec un double engorgement ganglionnaire. Après la deuxième injection, je constatais une amélioration notable des troubles fonctionnels, dysphagie, difficulté de la parole, douleurs, et la tuméfaction linguale avait diminué. Après avoir reçu dix injections, il avait augmenté de poids, mangeait sans douleur des aliments solides et même du pain, la tumeur linguale était manifestement plus dense et plus petite, et les engorgements ganglionnaires paraissaient avoir diminué. Il faut malheureusement ajouter que depuis lors il a interrompu le traitement, et qu'il est revenu récemment se montrer avec une rechute complète.

Je mentionne seulement deux autres malades que je n'ai pu suivre d'assez près.

Le fait le plus intéressant que j'aie observé a été celui d'un malade atteint d'un cancer ulcéré de la langue dont le début remontait au mois de mai 1899 ; après des hémorrhagies, des douleurs vives, était survenue une accalmie passagère, puis une aggravation nouvelle en juillet ; à ce moment la base de la langue était fixée au plancher de la bouche par une tumeur volumineuse et dure, ulcérée, saignant au contact ; il existait un engorgement ganglionnaire volumineux. Du 24 juillet au 24 octobre ce malade reçut quatorze injections ; je le revis à plusieurs reprises pendant ce temps et pus constater la diminution de volume de la tumeur et de l'engorgement ganglionnaire. Au moment où le malade quitta Paris, la langue était toujours dure mais rétractée ; il n'y avait plus d'ulcération ni de saignement, l'engorgement ganglionnaire avait beaucoup diminué ; il n'y avait plus de douleurs ; l'alimentation était facile et l'articulation des sons assez bonne. Le malade avait augmenté de poids et se croyait guéri.

Hélas ! je dois le dire bien à regret ; j'ai revu ce malade en novembre ; une nouvelle poussée néoplasique se produit au niveau du plancher buccal et une ulcération se creuse déjà sur les côtés du frein de la langue.

III. — *Tumeurs diverses.* Une malade atteinte de cancer récidivé du sein était à la quatrième injection quand elle succomba à une attaque d'apoplexie : cette malade, très affectée par le retour du mal et très affaissée, se trouvait mieux, son appétit, son sommeil étaient revenus ; mais je pouvais constater quelques jours avant sa mort, que sa tumeur n'avait nullement diminué de volume.

J'ai vu une malade, atteinte d'une tumeur peu volumineuse de la mamelle, dure et mobile et que, jusqu'à preuve du contraire, je considère comme une tumeur bénigne, m'affirmer qu'après quatre injections la tumeur avait diminué de plus de moitié. Je n'ai pu constater le bien fondé de cette assertion et j'ai vivement insisté pour que cette personne consentît à se laisser extirper la tumeur en question.

Il y a une quinzaine de jours, j'ai confié aux soins de M. Wlaeff un malade de mon service, atteint d'épithélioma pénétrant du maxillaire supérieur droit. La tumeur était énorme, luxait l'œil droit, dont les paupières étaient fermées, remplissait la bouche, après avoir envahi les deux côtés de la voûte palatine, et s'accompagnait d'un gros engorgement sous-angulo-maxillaire. Après trois injections, le malade a vu disparaître ses douleurs ; il peut entr'ouvrir les paupières, il a repris le courage et revient à des espérances qui, malheureusement, ne se réaliseront pas.

Que résulte-t-il donc de cet ensemble de faits ? C'est que les injections faites avec le sérum anticellulaire de M. Wlaeff ont une action manifeste qui se caractérise :

1° Par une diminution des douleurs et des troubles fonctionnels qui sont sous la dépendance de la néoplasie ; par un retour des forces, de l'appétit, du sommeil, souvent par une augmentation

Digitized by Google

de poids du malade. Une partie de ces modifications favorables peut être rapportée à l'effet moral du traitement, au retour de la confiance et de l'espoir ; on les observe et je les ai constatées souvent chez les sujets que je soumettais à d'autres médications, telles, par exemple, que les injections par le sérum anticancéreux de MM. Richet et Héricourt, injections dont j'ai retiré quelques résultats bons, quoique passagers.

2° Par une modification de la tumeur elle-même ; celle-ci, pour n'être pas constante, m'a paru néanmoins ne pouvoir être mise en doute dans quelques cas. La tumeur diminue de volume, elle devient plus dure, elle se rétracte; les hémorragies dont elle était le siège s'arrêtent parfois, et les ulcérations qu'elle présente peuvent arriver à une réparation partielle ; enfin, les engorgements ganglionnaires correspondants m'ont semblé diminuer de volume dans quelques-uns de ces cas. Ces modifications sont d'autant plus remarquables que, pendant qu'elles se produisent en de certains endroits, la néoplasie ne cesse de progresser sur d'autres. Il semble que la tumeur subisse un travail de sclérose qui étouffe par places les éléments épithéliaux et qui puisse aboutir à la constitution d'une cicatrice en quelques points.

Mais il faut reconnaître que ces transformations et ces effets favorables n'ont eu, dans tous les cas que j'ai observés et suivis, qu'une durée relativement très courte, et que chez tous ces malades, presque sans exception, au bout de quelque temps où elle était resté stationnaire ou même où elle avait rétrogradé, j'ai pu constater une reprise et une aggravation de la néoplasie.

Ainsi, parmi les faits qu'il m'a été donné d'observer, il n'y en a aucun qui doive être considéré comme un succès durable ; à plus forte raison n'ai-je rien constaté qui pût être appelé du nom de guérison. Mais nous sommes si dépourvus de moyens d'action à l'égard du cancer que le caractère précaire des améliorations obtenus par les injections de sérum de M. Wlaeff ne doit pas empêcher, à mon avis du moins, d'y avoir recours.

Le principe : *Melius anceps remedium quam nullum* doit trouver ici son application ; mais c'est à la condition formelle que ce ne soit que dans les cas désespérés, et que jamais, pour y soumettre le malade, on diffère l'intervention chirurgicale lorsque celle-ci est praticable.

VOYAGES D'ÉTUDES MÉDICALES A L'ÉTRANGER

Cette idée, je l'ai mise à exécution, il y a longtemps déjà.

En 1888, en compagnie de mon collègue et ami Schwartz, chirurgien des hôpitaux de Paris, et de mon regretté confrère Lesguillons (de Compiègne), je partais en Autriche, en Russie et en Allemagne, pour étudier la science médicale dans ces divers pays, pour faire connaître un peu la nôtre... dans un pays ami. J'ai rendu compte de mon voyage dans ce journal, et nos lecteurs n'ont pas oublié la réception amicale et chaleureuse que nous avons reçue là-bas, là-bas, dans la ville des Tsars, dans une contrée un peu lointaine d'où nous rapprochent sans cesse de charmants et durables souvenirs. Nous étions l'avant-garde, et d'autres nous ont suivis.

L'an dernier, cédant à de pressantes et amicales sollicitations venues encore de pays aimés qui ne demandent qu'à nous connaître pour nous apprécier un peu mieux, je suis parti seul — ou à peu près seul — pour la Scandinavie que j'ai parcourue rapidement en 15 jours, y faisant de nombreuses conférences, recevant partout l'accueil le plus enthousiaste et le plus flatteur pour notre pays, comme je l'ai raconté encore dans le *Journal des Praticiens* (2 décembre 1899). Je m'étais chargé d'une mission, celle de faire connaître un peu la médecine française, trop délaissée, et aussi celle d'évoquer trois grands noms — Laënnec, Cl. Bernard, Pasteur — sans lesquels la médecine moderne n'existerait pas. J'étais encore de l'avant-garde, et j'ai rapporté de mon excursion l'idée d'organiser des *Voyages d'études médicales à l'étranger*, destinés à faire voir sur place la science des autres pays, et à faire connaître, à relever la nôtre d'un injuste oubli... L'idée va prendre corps, et sur ma proposition un voyage de ce genre en Scandinavie sera probablement organisé par les soins de la Société de thérapeutique, pour l'an prochain.

D'autres contrées nous attirent : la Sicile, la Grèce, la Turquie... L'an prochain, en mai ou plutôt vers le mois de septembre, une caravane scientifique sera organisée par mon initiative. Nous entrerons en communication avec les Sociétés médicales de ces pays et nous avons l'espoir que ces Sociétés nous recevront avec les sentiments de cordialité que nous leur apporterons nous-mêmes.

Il est temps d'aller au loin étudier la science étrangère, de montrer aussi que la science française est toujours vivace, quoique, ou plutôt parce que certaine science veut accaparer à son profit un monopole qui ne lui appartient pas, qui n'appartient à personne. Tel est le but. Les résultats se feront peut-être attendre. Mais, qu'importe, puisqu'ils viendront ! Il y en a qui se contentent de semer, n'ayant qu'une ambition, qu'un bonheur : celui de prévoir et de contempler, même dans le lointain, la bienfaisante récolte.

Les résultats ? Mais, ils sont déjà là, éclatants, palpables, et aveugles qui ne voudraient pas les voir !

De tous les pays que nous avons visités nous viennent de précieux et aimables encouragements. On nous encourage à venir, à revenir encore... Nous reviendrons.

Et quand notre collaborateur, animé aussi par l'esprit patriotique, M. Carron de la Carrière, a organisé ses voyages d'études médicales aux stations hydro-minérales de France, il a bien voulu, en me faisant l'honneur de me comprendre dans le comité d'organisation, m'écrire que cette excellente idée lui était venue à la suite de ma campagne en faveur des eaux minérales de France qu'un snobisme de quelques médecins de notre pays laissait volontiers dans l'ombre en faveur des eaux étrangères, certes moins efficaces. M. Carron de la Carrière est récompensé de ses efforts et il a récolté dans cette œuvre juste et patriotique, des succès que le *Journal des Praticiens* et son directeur enregistrent avec bonheur, avec quelque fierté.

Donc, l'an prochain, pour montrer encore la route, nous irons en Sicile peut être, sûrement en Grèce et ailleurs. Nous n'irons pas en simples touristes, mais en *médecins* désireux de s'instruire, de « frotter et limer notre cervelle à celle d'aultruy » comme disait Montaigne, d'entretenir avec les médecins étrangers d'aimables et cordiales relations, de leur montrer que la France scientifique est toujours vivace. Et je répète ce que je disais au sujet de mon voyage en Scandinavie :

« La meilleure manière de prouver un ardent amour pour son pays, ce n'est pas seulement de parler, c'est *d'agir*, même en silence, de façon à ce que la France vive et qu'elle garde dans le monde le rang qui lui appartient. » — H. Huchard.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAMBERG, 257, RUE SAINT-MÉDÉRIC.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Des blessures des sinus de la dure-mère

Par le Dr GEORGES LUYS (1)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien aide d'anatomie à la Faculté de Médecine

Les sinus de la dure-mère, situés dans un dédoublement de cette membrane, appliqués contre la paroi osseuse, sont, par suite de leur situation, exposés à être blessés au cours des traumatismes du crâne.

Parmi les sinus, deux se trouvent plus particulièment atteints ; ce sont le sinus longitudinal supérieur et le sinus latéral.

57 observations de blessures de ce genre ont pu être recueillies, en dehors des cas extrêmement fréquents, que nous éliminons, dans lesquels le sinus latéral a été blessé au cours de la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Les causes qui président aux blessures des sinus de la dure-mère sont : ou une chute sur la tête, ou un agent vulnérant.

Mais, chose curieuse, les sinus peuvent être blessés, aussi bien avec une fracture du crâne, que sans fracture, et le mécanisme de ces lésions diffère dans chacun de ces cas.

1° S'il existe une fracture du crâne, on observe des piqûres, des déchirures et des perforations des sinus, et, dans ce cas, c'est par le mécanisme des *esquilles osseuses* que se fait la lésion sinusienne.

2° Dans le cas où, au contraire, la paroi crânienne est absolument intacte, on observe alors des *ruptures* des sinus par extension forcée des parois du vaisseau.

Chez l'adulte, elles ont lieu, dans ce cas, à la suite du changement de forme violent et instantané déterminé par un traumatisme qui s'exerce sur la voûte du crâne, et alors, c'est surtout le sinus latéral qui est intéressé. En effet, lorsqu'un choc se produit sur la partie supérieure du crâne, celui-ci est bien comprimé de haut en bas, mais, par suite de l'élasticité de la boîte crânienne, il est surtout élargi de droite à gauche, de telle manière que les sinus latéraux moins extensibles se tendent et parfois se rompent. Quatre observations de ce genre sont rapportées. Le sinus longitudinal supérieur peut, lui aussi, être intéressé de cette façon, et Longmore (2) en rapporte une intéressante observation. Il s'agissait d'un soldat ayant reçu une balle qui avait traversé en séton le cuir chevelu au niveau de la suture lambdoïde sans produire aucune fracture. A l'autopsie, on trouva que le sinus longitudinal supérieur était rompu juste au-dessous du siège de la lésion superficielle.

Chez le nouveau-né, elles peuvent avoir lieu par suite de la compression du crâne d'un enfant dans un bassin étroit par le fait du déplacement des sutures osseuses. En effet, pendant l'accouchement, les os pariétaux chevauchent l'un sur l'autre et se déplacent aussi sur l'os occipital.

De là, tiraillement du sinus longitudinal et déchirure soit du sinus lui-même, soit de ses veines affluentes.

Ce fait semble moins fréquent pour le sinus latéral qui est en rapport avec des sutures moins facilement déplaçables. Les déchirures peuvent encore être la conséquence de l'application d'instruments tels que le forceps sur la tête du fœtus au cours du travail, ou encore succéder à la chute de la tête par terre.

Les symptômes révélateurs d'une lésion sinusienne sont variables suivant les cas.

Tantôt le cas est simple et au cours d'une intervention chirurgicale, *sur le crâne*, on peut facilement avoir à travailler dans le voisinage d'un sinus. Si l'on vient à intéresser la paroi du vaisseau, il sera bien facile d'acquérir la certitude de cette complication. Le sang se précipite, en effet, sous forme de jet continu ou de gerbe plus ou moins volumineuse, de coloration noirâtre, et le champ opératoire se trouve tout à coup inondé par un tourbillon de sang noir qui bouillonne dans la profondeur de la plaie. L'hémorragie, dans ce cas, est sinon effrayante, du moins bien troublante.

Ajoutons qu'il y a parfois corrélation entre le mouvement respiratoire et l'expulsion du sang. C'est ainsi que dans une observation due à Putnam (1) il y avait ouverture du sinus longitudinal supérieur. Ce chirurgien constata qu'au moment de la toux, son malade crachait littéralement le sang par le sommet de la tête, et le jet de sang s'étendait à quatre pieds de là.

Ici, pas de difficulté à reconnaître la lésion du sinus.

D'autres fois, le cas est plus complexe et les parois d'un sinus peuvent se trouver blessées dans deux circonstances bien différentes, desquelles dépendent deux types cliniques bien distincts :

Tantôt le sinus a été blessé par des esquilles osseuses, mais celles-ci sont restées fixées dans la paroi sinusienne ; elles forment bouchon sur la solution de continuité du vaisseau veineux et empêchent temporairement au moins, l'hémorragie de se produire.

Tantôt, au contraire, la lésion est due à une rupture d'un sinus, l'orifice du vaisseau largement ouvert laisse le sang s'écouler librement et une hémorragie intra-crânienne considérable s'est développée.

Voici donc deux cas dont la symptomatologie sera absolument dissemblable : Dans le premier cas, peu

(1) Thèse de Doctorat, Paris, 1900.
(2) Longmore. *Lancet*, 1855.

(1) PUTNAM. *Medic. Record*, vol. VXLI, 1894, p. 43.

Digitized by Google

de symptômes; les seuls que l'on puisse observer, seront des signes de paralysie motrice des membres. Cette paralysie sera sous la dépendance d'une compression localisée dans la zone rolandique et sera presque toujours provoquée par un enfoncement de la paroi osseuse. C'est ainsi que dans la belle observation inédite, rapportée plus loin, de notre maître et ami Morestin, il y avait hémiplégie gauche, sans perte de connaissance; dans un autre cas de Seidel (1) il y avait hémiplégie droite, avec conservation des facultés intellectuelles, et dans ces deux cas, le sinus longitudinal était blessé. Notre collègue et ami Audion (2), nous a rapporté l'observation d'un malade qui s'était rendu à l'hôpital, à pied, qui était sain d'esprit et dont le sinus longitudinal supérieur était néanmoins blessé par des esquilles osseuses.

Dans le deuxième cas, au contraire, domine le syndrome clinique complet de la compression cérébrale par épanchement sanguin.

Le malade sera presque toujours dans le *coma*.

Il présentera souvent de la *respiration stertoreuse* caractérisée, comme on sait, par une sorte de ronflement au moment de la respiration et qui est due à la paralysie du voile du palais. Ce symptôme acquiert pour la majorité des cliniciens une valeur clinique considérable.

L'*hémiplégie* plus ou moins étendue, plus au moins accentuée, s'observe encore assez souvent. Sa recherche est simple. On soulève les quatre membres les uns après les autres en les laissant ensuite retomber sur le lit. Le membre hémiplégique retombe comme une masse inerte, le membre sain retenu par le tonus musculaire, offre une certaine résistance dans sa chute. Ce signe a une grande valeur clinique, surtout s'il est accompagné de stertor.

Le *pouls* est très souvent ralenti; d'autres fois, il est petit, dépressible, extrêmement fréquent. Ces variations dépendent surtout du degré de pression intra-crânienne.

Le *réflexe cornéen* est souvent aboli du côté correspondant à la lésion.

La *dilatation pupillaire* siège parfois aussi du même côté que l'épanchement.

La *température* est parfois abaissée, mais bien plus souvent élevée.

Les *vomissements*, l'*incontinence des matières* et *des urines* sont souvent observés.

Tels sont les divers aspects sous lesquels peuvent se montrer les blessures des sinus. On voit donc que le flair clinique du praticien jouera ici un grand rôle, et que ce sera lui qui bien souvent saura dépister une blessure possible d'un sinus. Il s'appuiera surtout sur la recherche attentive et méthodique des traces du traumatisme éprouvé; et, qu'il s'agisse d'une plaie contuse, d'une bosse sanguine, d'un empâtement du cuir chevelu, du moment que ces lésions siègent au voisinage d'un sinus, elles devront toujours éveiller l'idée de la blessure possible d'un de ces vaisseaux et faire agir le clinicien en conséquence.

En dehors des faits où, au cours d'un acte opératoire, on a la lésion sinusienne sous les yeux, le diagnostic des blessures des sinus est loin d'être aisé.

Dans le cas où le malade est en pleine connaissance et présente ou non des signes d'hémiplégie, le diagnostic dépendra du soin minutieux avec lequel on fera l'examen de toutes les blessures de tête, et comme nous l'avons dit plus haut, chaque fois que celles-ci siègeront dans le voisinage d'un sinus, il faudra toujours se méfier et se garder de traiter la lésion comme une simple plaie du cuir chevelu. C'est la conduite qu'a tenue notre collègue et ami Bacaloglu dans l'observation dont nous avons déjà parlé et qui est rapportée par Audion.

Il se préparait à faire un simple nettoyage du cuir chevelu et à recoudre la plaie qu'il croyait superficielle au premier abord, lorsqu'un examen plus approfondi lui fit voir un petit enfoncement de la paroi crânienne. Après trépanation, on s'aperçut que le sinus longitudinal supérieur était blessé par des esquilles osseuses et donnait abondamment.

Dans le cas, au contraire, où il y a un épanchement sanguin intra-crânien, plusieurs questions sont à résoudre :

I° *D'avec quelles affections doit-on distinguer un épanchement sanguin intra-crânien?*

Ce sera avec :

a) La *compression cérébrale par pression* de la voûte enfoncée. Dans ce cas, un symptôme capital fera faire le diagnostic. Ce sera l'*intervalle libre*, le *freie intervalle* des Allemands.

En effet, tandis que dans la compression cérébrale due à une pression de la paroi crânienne, les signes sont immédiats, au contraire, dans la compression cérébrale par épanchement sanguin, il faut quelques heures avant que les symptômes n'apparaissent. Ainsi le cavalier de Flament et Bachelet (1) qui tombe de cheval le matin à 8 heures, restait conscient jusqu'à 2 h. 1/2, tombait brusquement dans le coma à 3 h. 1/2 et mourait à 5 heures avec une rupture du sinus latéral.

De même l'homme cité par Boinet (2) qui trois jours après être tombé sur la tête dans un escalier, va chercher une sage-femme pour sa femme qui était

(1) Seidel. *Münch. med. Wochenschr.* p. 755.
(2) Audion. Observation inédite in Th. Georges Luys. p. 97.

(1) Flament et Bachelet. *Arch. de méd. milit.*, mars 1896.
(2) Boinet. *Soc. anatom.*, 1834, p. 136.

Digitized by Google

sur le point d'accoucher, parcourant ainsi un espace de plus de deux lieues. Puis, il rentre chez lui et meurt le lendemain avec une rupture du sinus latéral gauche. Ce commémoratif extrêmement précieux manque malheureusement bien souvent.

b) L'*apoplexie cérébrale.* — Le diagnostic est ici souvent fort difficile. Ainsi dans une observation de Gangolphe, il n'existait qu'une légère plaie du cuir chevelu sans solution de continuité de la boîte crânienne et aucun autre signe de fracture du crâne. Aussi le diagnostic d'apoplexie par hémorrhagie cérébrale avait-il été posé. Et cependant, à l'autopsie, on trouva une fracture du crâne accompagnée de rupture du sinus latéral et un épanchement sanguin considérable entre la dure-mère et le crâne. Aussi, puisqu'une pareille erreur de diagnostic est des plus préjudiciables au malade, attendu qu'elle commande l'abstention, M. Gangolphe (1) donne le précepte suivant :

« En présence d'un malade présentant une symptomatologie rappelant celle de l'hémorrhagie cérébrale et avec la notion d'un *traumatisme antérieur d'intensité suffisante* pour amener la production d'une fracture, on fera sans hésitation le diagnostic d'épanchement sanguin intra-crânien consécutif au traumatisme et l'on procédera sans perdre un instant au traitement chirurgical. »

c) On devra faire aussi le diagnostic avec la *commotion cérébrale.* Cette affection offre bien, dans sa symptomatologie, le coma, accompagné de paralysies sphinctériennes et de troubles du pouls et de la respiration, mais elle se distingue surtout par la marche de la maladie et la rétrocession relativement assez rapide des phénomènes.

d) La *contusion cérébrale* dont le diagnostic est souvent absolument impossible à établir, car il y a fréquemment coexistence des deux accidents.

e) La *méningo-encéphalite,* qui s'accompagne d'élévation thermique considérable et qui ne se manifeste que longtemps après l'accident primitif.

II° *L'épanchement sanguin intra-crânien étant reconnu, quelle en est la cause?* Les épanchements sanguins peuvent reconnaître trois origines principales et venir : 1° des sinus de la dure-mère ; 2° de l'artère méningée moyenne ; 3° des vaisseaux pie-mériens.

Quels sont les signes auxquels nous pouvons reconnaître que l'épanchement intra-crânien a son origine dans les blessures *des sinus de la dure-mère?*

Tout d'abord dans les *commémoratifs* et dans les circonstances qui ont accompagné l'accident. Ainsi, dans l'observation de Fournel (2), un malade, dans une tentative de suicide, s'était enfoncé à coups de de maillet un couteau sur le milieu de la tête : il était alors bien naturel de songer à une lésion du sinus longitudinal supérieur.

De même dans l'observation de Putnam, où le blessé avait reçu sur le sommet de la tête un coup de bêche dont la partie tranchante était entrée dans le crâne. Ici, du reste, le diagnostic était des plus aisés, car à chaque effort de toux le malade « crachait le sang par le sommet de la tête, et le jet de sang s'étendait à 4 pieds de là ».

Enfin le diagnostic peut être rendu plus facile encore par une constatation directe, comme une observation rapportée par Lassus (1), au cours de laquelle un enfant de 14 ans avait été blessé au sommet de la tête par un croc en fer et présentait une solution de continuité du frontal au travers de laquelle on voyait une plaie du sinus longitudinal que la pointe du crochet avait ouverte.

Un autre élément de diagnostic sera dans l'examen attentif du *siège* de la blessure et de l'os intéressé par la fracture.

Une blessure des pariétaux fera songer surtout à une lésion du sinus longitudinal et une lésion de l'occipital rappellera principalement une blessure du sinus latéral.

Une malade de Rawdon (2) avait eu, dans une chute, la tête embrochée par une pique d'une palissade en fer. L'examen permettait, même avant l'intervention, de diagnostiquer une plaie du sinus longitudinal près du torcular.

De même dans l'observation de Chassaignac (3), dans laquelle le malade, après avoir reçu un coup de pioche sur le crâne, présentait une plaie contuse située à l'union des pariétaux avec le frontal et dans laquelle le doigt pouvait être introduit. Le diagnostic, dans ce cas, était évidemment facile.

Enfin l'observation de Petit (4), dans laquelle un enfant de 10 ans était tombé par la fenêtre d'un deuxième étage, dans une cour pavée. L'examen révélait un empâtement des parties molles de l'occipital en même temps que des signes de compression cérébrale. Le diagnostic de blessure du sinus latéral pouvait être posé.

De même encore dans l'observation de Malaunay, rapportée par Taylor (5), où un homme de 25 ans avait reçu un coup de marteau à pointe sur le sommet de la tête, et présentait un enfoncement médian du crâne.

Ajoutons encore que les symptômes observés peu-

(1) Gangolphe, *Pr. médicale,* 5 mars 1898.
(2) Fournel. *Journal exp.,* t. I, p. 343.

(1) Lassus. *Académie de chirurgie,* 1774, 4e observation.
(2) Rawdon. *Lancet,* 22 juillet 1893.
(3) Chassaignac. *Société anatomique,* 1864.
(4) Petit. *Société anatomique,* 1865.
(5) Taylor, *Medical News* 27 juin 1891.

Digitized by Google

vent aussi souvent singulièrement aider au diagnostic. C'est ainsi que les troubles de l'équilibre, les vomissements incoercibles indiquant une lésion du cervelet pourront faire penser qu'il s'agit d'une blessure du sinus latéral.

L'épanchement sanguin intra-crânien dû à la rupture d'un sinus se reconnaîtra de celui qui est dû à la *rupture de l'artère méningée moyenne* par les caractères suivants ;

1° Par un signe rapporté par Bergmann (1). D'après cet auteur, en effet, les phénomènes de compression par lesquels se manifesteraient les lésions des sinus sembleraient se produire plus lentement que dans les blessures de l'artère méningée moyenne.

2° Par un ensemble de symptômes plus souvent observés dans les ruptures de la méningée moyenne et qui sont des troubles moteurs, soit hémiplégie, soit monoplégie (comme dans un cas personnel rapporté plus haut), et la dilatation pupillaire située du côté de l'épanchement.

Enfin et surtout, par le siège de la fracture située dans la région pariétale. On peut aussi souvent noter dans les cas de rupture de la méningée une douleur locale et un empâtement régional, ainsi qu'une ecchymose occupant les parties déclives de la région temporo-pariétale et de la région mastoïdienne.

Pour ce qui est des épanchements sanguins intra-crâniens dus à une lésion d'un *vaisseau pie-mérien*, il nous semble qu'il n'y a aucun signe permettant d'établir un diagnostic précis. Nous dirons seulement que ces épanchements pie-mériens sont bien plus souvent dus au contre-coup, ont leur maximum en général au pôle opposé à la fracture, et que par suite ce sera seulement la notion de la direction et du siège d'application du traumatisme qui pourront mettre sur la voie du diagnostic. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Quinine et vaso-constriction; applications thérapeutiques

Par H. Huchard, *de l'Académie de Médecine, Médecin de l'Hôpital Necker*

I

Dernièrement (*Journal des Praticiens*, n° 47), Liégeois a appelé de nouveau l'attention sur le « sulfate de quinine à doses élevées et massives dans les hémorrhagies », et il a cité des cas (hématuries, épistaxis abondantes et rebelles, hémoptysies, métrorrhagies de la ménopause ou d'origine malarique, hémorrhagie incoercible à la suite de l'avulsion d'une dent, où l'emploi du sulfate de quinine à la dose de 1 gr. 50 à un gramme a été suivi des meilleurs effets.

Je suis heureux de pouvoir confirmer ces résultats, et depuis une communication de N. Gueneau de Mussy à la Société de thérapeutique en 1871 sur le traitement des hémorrhagies utérines par le sulfate de quinine (*Clinique médicale*, tome II, 1875 p. 403), et la thèse de son élève Bartharez (1872), j'ai souvent obtenu de bons résultats par l'emploi de ce médicament à haute dose dans le traitement de congestions et d'hémorrhagies diverses, ainsi que dans celui du goître exophtalmique, certaines insuffisances aortiques et une forme de tachycardie à laquelle convient le nom d'orthostatique. Le sulfate de quinine forme la même base des « pilules hémostatiques » que j'administre dans les hémoptysies et dont je reproduis la formule un peu modifiée :

Sulfate de quinine	6 grammes
Extrait aqueux d'ergot de seigle	2 —
Poudre de digitale	0 gr. 40
Extrait de jusquiame.....	0 — 40

Pour 40 pilules. — 6 à 10 pilules pendant 2 ou 3 jours.

Dans sa communication, Gueneau de Mussy citait quatre observations dont voici les titres : 1° Hémorrhagie promptement arrêtée par l'administration quotidienne du sulfate de quinine ; 2° Métrorrhagie rebelle à l'action de l'ergot de seigle et traitée avec succès par le sulfate de quinine ; 3° Métrorrhagie accompagnée de symptômes de congestion utérine et de réaction fébrile, guérie par une seule dose de sulfate de quinine ; 4° Métrorrhagie rebelle au sel quinique. Causes de l'insuccès. Il prescrivait un gramme et demi de sulfate de quinine en trois doses, de deux en deux heures.

Dans la 4e observation, le sel quinique ne pouvait avoir prise sur une métrorrhagie qui était le prélude de l'avortement.

Dans la seconde observation, la métrorrhagie a été rebelle à l'ergot de seigle que l'on emploie d'une façon un peu trop banale, et cet insuccès, avec bien d'autres, confirme ce que je disais naguère dans la thèse d'un de mes élèves, Florès Orteaga (Paris 1885), à savoir que *certaines métrorhagies n'aiment pas l'ergot de seigle*. Elles sont même augmentées par cet agent médicamenteux, surtout dans les cas où les métrorrhagies sont produites et entretenues par des névralgies lombo-abdominales. Autrefois, Marrotte (*Arch. de méd.*, 1860) a bien étudié ces faits, et il a démontré que parfois, l'épiphénomène, c'est-à-dire la métrorrhagie prime la douleur par son intensité, tout en restant sous sa dépendance. Dans ces conditions, comme je l'ai démontré dans la thèse de Florès Orteaga, c'est l'opium qu'il faut prescrire et qui devient indirectement un agent hémostatique en calmant la dou-

(1) Bergmann. Die Lehre von der Kopverletzungen. Deutsche Chirurgie de Billroth et Lucke. Lieferung XXX.

Digitized by Google

leur, cause de la congestion et de l'hémorrhagie.

« Les névralgies lombo-abdominales spontanées ou consécutives aux affections utérines éteintes, sont capables, ou de les faire revivre, ou même de produire dans la sphère des organes génitaux, des congestions, des inflammations, des hémorrhagies par suite de la paralysie des nerfs vaso-moteurs, en tout comparables aux congestions qui ont été observées dans les névralgies trifaciales sur l'œil et sa muqueuse ».

C'est en ces termes que je m'exprimais en 1883 dans le *Traité des névroses* (p. 133), et l'on me permettra de faire encore cette autre citation du même livre. « Il s'agit là d'une question intéressante dont la solution importe à la guérison de la malade, puisque dans ces cas, le médecin devra s'attacher à combattre non pas seulement la métrorrhagie qui est un effet, mais les douleurs névralgiques qui sont la cause, et cela par tous les moyens à sa disposition, par les stupéfiants, les injections de morphine, les arsenicaux, le sulfate de quinine, ce dernier médicament étant doué d'une double action dans ce cas et s'adressant à l'élément douloureux et périodique, en même temps qu'il peut triompher efficacement des hémorrhagies, par suite de son influence bien démontrée sur les nerfs vaso-moteurs utérins ».

Cette influence sur les vaso-moteurs (action vaso-constrictive) nous allons la retrouver tout à l'heure, comme application du traitement du goître exophtalmique. Dans les cas où la double indication s'impose (anti-névralgique, anti-hémorrhagique par action vaso-constrictive), les pilules suivantes sont indiquées :

Sulfate de quinine.....	4 grammes
Extrait thébaïque....	0 gr. 30

Pour trente pilules. — Cinq à six pilules par jour.

Enfin, on connaît les propriétés hémostatiques de l'antipyrine démontrées par les expériences de Hénocque, et consignées pour la première fois en 1884 dans la thèse de mon élève Arduin. Par conséquent, pour renforcer l'action hémostatique de la quinine dans les hémorrhagies, on peut avoir recours à l'association des deux médicament dans la formule suivante :

Sulfate de quinine..... }	àà 4 grammes
Antipyrine..... }	

Pour huit cachets. — Trois cachets par jour.

Gueneau de Mussy disait que l'action du sulfate de quinine sur les vaso-moteurs utérins justifie son emploi dans d'autres hémorrhagies, et c'est ainsi qu'il en a constaté aussi l'efficacité dans quelques cas d'hémoptysie. Il est facile, ajoute-t-il, de se rendre compte des succès obtenus par cette médication, si l'on admet avec un grand nombre d'observateurs, que ce sel exerce une action puissante sur la contraction des vaisseaux. Ajoutons encore que cette action vaso-constrictive bien mise en relief par les auteurs français et en Italie par Guido Cavazzani en 1878, explique encore les succès obtenus par Gellie (de Bordeaux) Mossé (de Toulouse) et par nous-même (*Académie de médecine* 1899 et *Consultations médicales* 1901) dans le traitement de la grippe, maladie caractérisée par un état d'hypotension artérielle plus ou moins accentué.

II

Cette action vaso-motrice de la quinine déjà bien connue, a trouvé une autre application importante dans le traitement d'une maladie assez rebelle, je veux parler du goître exophtalmique.

Dans un travail intéressant sur la « physiologie normale et pathologique de la glande thyroïde », P. Reynier et Paulesco sont arrivés à cette conclusion un peu contraire à l'opinion commune, à savoir que le goître exophtalmique (*Journal de méd. int.*, 1898) n'est pas, à proprement parler, une affection thyroïdienne. Pour eux, le principal trouble de cette affection autour duquel gravitent tous les autres symptômes, est évidemment une *vaso-dilatation active primitive ou réflexe des vaisseaux du cou ou de la tête.* Il en résulte l'excitation cérébrale et le tremblement, l'exophtalmie et le goître. La congestion active du corps thyroïde qui constitue ce goître, détermine à son tour, une hypersécrétion de cette glande, le produit de cette sécrétion déversé en excès dans le sang, engendre, comme toujours, la tachycardie, l'amaigrissement et certains autres signes de moindre importance. »

D'après cette théorie qui pourrait bien être vraie, la congestion thyroïdienne, au lieu d'être un phénomène primitif, serait un phénomène secondaire, et au lieu de tenir sous sa dépendance tous les symptômes de la maladie de Parry-Graves, elle serait elle-même due à la vaso-dilatation active *primitive.* Il en résulte alors cette conclusion pratique, bien mise en évidence par Paulesco, à savoir que la thérapeutique de cette affection possède un médicament remarquable par *son action vaso-constrictive sur les vaisseaux du cou et de la tête; c'est le sulfate de quinine.* L'auteur publie deux observations concluantes où l'emploi prolongé et quotidien du sel quinique (un gramme pris au repas en deux fois à 1/4 d'heure d'intervalle) a été suivie d'une amélioration très accusée : diminution et parfois disparition complète des troubles nerveux, de l'insomnie, de la toux sèche et quinteuse, des accès de dyspnée nocturne, de la tachycardie, de l'exophtalmie, du goître.)

En 1899, Soulier (de Lyon) a confirmé ces résul-

Digitized by Google

tats dans deux observations, en employant la quinine à la dose quotidienne de 0,75 centigrammes pendant trois semaines ou un mois.

Depuis deux ans, j'ai soumis à la même médication six malades atteints de goître exophtalmique, mais en me servant de doses plus fortes (un gramme 50 centigrammes de bromhydrate de quinine en 3 fois pendant 8 jours ; un gramme en deux fois pendant huit autres jours ; cinquante centigrammes pendant les huit suivants, et ainsi de suite pendant deux à quatre mois, en laissant reposer les malades toutes les 3 semaines pendant huit jours) et 4 fois sur 6, j'ai obtenu des résultats très encourageants : diminution et même disparition de la tachycardie, sédation des phénomènes nerveux et disparition du tremblement. L'exophtalmie a presque disparu, 3 fois sur 6, mais il faut bien dire que l'hyperthrophie thyroïdienne a toujours été le symptôme le plus rebelle, quoiqu'elle ait également rétrocédé dans des proportions notables sous l'influence de la médication quinique. Mon ancien interne, le Dr Piatot, qui exerce avec tant de distinction aux eaux de Bourbon-Lancy où j'ai envoyé quelques-uns de ces malades, a pleinement confirmé ces résultats *(Communication orale)*.

III

Dans certaines insuffisance aortiques très pulsatiles, avec battements violents des artères cervicales, pouls de la luette et « pouls amygdalo-carotidien » dont j'ai donné naguère des exemples à la Société médicale des hôpitaux (1894) avec pouls capillaire visible, dans ces insuffisances aortiques caractérisées par la prédominance considérable des symptômes périphériques, d'une vaso-dilatation très accusée, de phénomènes nerveux divers parmi lesquels l'insomnie, la céphalalgie pulsatile, une excitation nerveuse telle qu'elle peut même affecter les facultés psychiques, on a coutume de prescrire d'une façon banale les médicaments cardiaques, comme la digitale, ou les nervins comme le bromure de potassium. C'est un tort, et c'est une faute. Ici, la vaso-dilatation est prédominante, comme dans le goître exophtalmique, et depuis plusieurs années, j'emploie avec le plus grand succès, le bromhydrate de quinine (de préférence au sulfate, en raison de ses propriétés plus sédatives) à la dose d'un gramme par jour, pour combattre tous ces accidents périphériques de la maladie de Vieussens. (Je dis à dessein « maladie de Vieussens » et non maladie de Corrigan, puisque j'ai démontré (*Société médicale des hôpitaux*, 1894), textes en main que le médecin français en 1715 a découvert l'insuffisance aortique avec presque tous ses caractères cliniques et anatomo-pathologiques, alors que l'auteur anglais les a décrits plus d'un siècle plus tard.)

Mon ancien interne, M. Weber, a observé avec moi une malade atteinte d'insuffisance aortique très pulsatile, et chez laquelle une amélioration très notable et persistante est survenue à la suite de l'emploi méthodique du sulfate de quinine.

Enfin, dans certains cas de battements de l'aorte abdominale, d'aorte abdominale très pulsatile sans lésions ou avec lésions (aortite abdominale), l'emploi du sulfate de quinine à hautes doses (1) détermine parfois une action sédative très manifeste.

IV

Il est une affection non encore décrite par les auteurs et que j'ai observée déjà une trentaine de fois. Je lui donne le nom de *tachycardie orthostatique*.

On sait en quoi consiste l'albuminurie du même nom, dont il a été question dernièrement à la Société médicale des hôpitaux. C'est une albuminurie qui apparaît surtout dans la station debout, et qui disparait ou qui diminue considérablement au lit, dans la station couchée.

La tachycardie orthostatique se produit et disparaît dans les mêmes conditions, sans qu il y ait nécessairement de corrélation entre elle et l'albuminurie. C'est une maladie, — un syndrôme si l'on veut — très incommode, et je connais un malade qui ne peut se tenir debout sans qu'immédiatement le pouls monte à 140 et même 160 pulsations. Dès qu'il s'assied, et surtout dès qu'il se couche, toutes les sensations pénibles qu'il éprouvait auparavant (vertiges, céphalée, sensation de vide dans la tête, palpitations) disparaissent rapidement, et le pouls retombe à 80.

On avait regardé longtemps ce malade comme neurasthénique. Ici, et quoique la neurasthénie compte parfois la tachycardie et l'hypotension artérielle parmi ses symptômes et ses effets, la *pseudo*-neurasthénie procédait de la tachycardie orthostatique.

Dernièrement, encore, je voyais avec un de mes collègues des hôpitaux, un malade que l'on croyait depuis longtemps atteint d'une affection du cœur et qui ne présentait que de la tachycardie orthostatique, conséquence d'une grippe antérieure. Or, la grippe, comme je l'ai démontré en 1891, au Congrès de Marseille, pour l'avancement des sciences, et un an plus tard, à la Société Médicale des Hôpitaux, est une des maladies qui contribuent souvent à abaisser la tension artérielle et à produire le phénomène du *pouls instable*. D'une autre part, la tachycardie orthostatique est un des accidents de l'hypertension artérielle,

(1) Une opinion contraire a été formulée dans la thèse de H. Cotard (Indications thérapeutiques des sels de quinine tirés de leurs propriétés vaso-motrices. Paris, 1898) : 1° A *petite dose*, les sels de quinine produisent la vaso-constriction ; 2° A *forte dose*, ils produisent la dilatation des vaisseaux sanguins.

Digitized by Google

à un degré très accentué. Elle est l'exagération de ce qui se passe à l'état normal. Ce fait n'avait pas échappé à la sagacité des auteurs anciens, et Sénac, dès 1749, avait noté l'influence de l'attitude du corps sur la tension artérielle comme sur la fréquence du pouls.

« Dans le repos, dit-il, le sang coule plus lentement ; lorsque le corps est couché horizontalement, le pouls est moins fréquent et moins fort ; c'est donc la position la plus favorable au malade... ».

Dès 1830, Graves arrivait aux mêmes conclusions et démontrait qu'à l'état normal, le nombre des pulsations augmente de 6 à 8 lorsque l'on passe de la position horizontale à la station verticale.

On sait que j'en ai déduit des conséquences importantes pour la mesure de l'hypotension ou de l'hypertension artérielle.

Chez les hypertendus, l'écart des pulsations dans les deux positions tend à disparaître et même à être renversé. Si cet écart augmente, c'est signe d'hypertension artérielle. Exemple : Vous avez 88 pulsations dans la station verticale comme dans le décubitus dorsal, ou à plus forte raison 88 dans la première attitude et 96 ou 100 dans la seconde, et vous êtes en état d'hypertension artérielle.

Par contre, si l'écart physiologique (6 à 8 pulsations) augmente dans les deux stations, vous aurez de l'hypotension et celle-ci sera en raison directe du chiffre même des pulsations. Exemple : Vous avez 88 étant couché, et 100, 110, 120 et même davantage étant debout; c'est de l'hypotension.

Donc, la tachycardie orthostatique est un symptôme, un accident de l'hypotension arrivée à un degré souvent considérable. Le frein vasculaire est relâché, et le cœur, suivant une loi de Marey se contracte d'autant plus vite, d'autant plus librement que les résistances périphériques sont moindres. Dans ces conditions, ce n'est pas au cœur qu'il faut s'adresser, c'est aux vaisseaux. Le cœur, ici, est « plus entraîné qu'entraîneur », le cœur central précipite ses battements en raison de la facile et rapide dilatation du cœur périphérique. C'est ce dernier que la thérapeutique doit viser, et l'indication est remplie par l'emploi d'un médicament vaso-constricteur. Pourquoi, dans ces conditions, l'ergot de seigle ne donne-t-il pas les résultats que l'on serait en droit d'espérer d'après son action physiologique? Je ne saurais le dire. Toujours est-il, que dans ces cas encore, le sulfate de quinine à haute dose m'a paru produire de bons effets.

Tels sont les résultats que l'on peut attendre de l'action vaso-constrictive de ce médicament dans les hémorragies, ce qui était déjà connu; dans le goître exophtalmique, l'insuffisance aortique pulsatile, dans l'aorte pulsatile, la tachycardie orthostatique. La quinine est devenue déjà un vieux remède, C'est peut-être une raison pour faire du nouveau avec lui.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Urotropine (hexaméthylène-tétramine). — Ce médicament qui nous vient d'Allemagne et que nous avons déjà mentionné, a été vanté tour à tour comme diurétique, dissolvant de l'acide urique et antiseptique des voies urinaires. Cette dernière propriété qu'il doit à sa facile décomposition en formol l'un de ses éléments générateurs paraît s'affirmer de plus en plus.

M. Suppan, de Vienne (*Wien. Med. Blætter*, 1900, n° 28) l'a employé avantageusement dans les cas de cystite, dans l'hypertrophie de la prostate et dans tous les cas où l'on ne peut faire un lavage de vessie à l'aide d'instruments à cause de l'état général du malade. Au bout de quelques jours de traitement l'état du malade s'est amélioré et M. Suppan a pu pratiquer les lavages sans inconvénient. Il recommande encore le remède dans les cas de fièvre qui accompagne parfois la cystite.

M. E. Drake-Brockmann (de l'Inde Anglaise) publie dans le Lancet (30 juin 1900) le résultat de ses observations faites au sujet de l'urotropine. Cet auteur l'utilise également dans la cystite et toutes les affections septiques du canal de l'urèthre. Il a constaté que ce médicament produisait les meilleurs effets dans tous les cas d'opérations pratiquées sur les voies urinaires en assurant leur désinfection et leur asepsie.

Dans le typhus, maladie au cours de laquelle on trouve un grand nombre de bactéries dans l'urine, l'urotropine, en assurant la désinfection de celle-ci, peut rendre de grands services.

La dose habituelle à laquelle on administre ce médicament est de 1 gr. à 1 gr. 50 mais on peut sans inconvénient l'augmenter.

On pourra prescrire :

Urotropine..... 0 gr. 50

Pour un cachet. — 20 semblables.

En prendre 2 à 3 par jour.

Ou bien encore on l'administrera en paquets qu'on fera dissoudre dans de l'eau gazeuse, le médicament n'est pas trop désagréable à prendre sous cette forme et il a l'avantage d'être en solution. A. G.

Traitement des alopécies nerveuses. — (M. Brocq). Frictions avec le mélange suivant :

Acide acétique cristallisé.....		5 grammes
Teinture de cantharides.....	aa	25 —
— romarin.....		
Alcoolat de Floraventi.....	aa	100 —
Alcool camphré		

Puis appliquer de la pommade de Dupuytren.

On pourrait remplacer la formule de la friction par la suivante :

Ammoniaque liquide.....		10 grammes
Teinture de pyrèthre	aa	25 —
— jaborandi.....		
Essence de térébenthine.....		25 —
Alcool à 90°		175 —

On pourrait, au besoin, comme dans les pelades rebelles, appliquer des vésicatoires liquides de Bidet. S. R.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

CLINIQUE INFANTILE

Les rash de la varicelle. — Considérés autrefois comme rares et signalés pour la première fois par Gintrac, les rash de la varicelle ont été depuis quelque temps le sujet de plusieurs publications, parmi lesquelles nous pouvons citer la thèse de Clarendon Marie (1894), la thèse de Bourdineau (1895); celle de Daverède (1899), un article de Audeoud (1898) et une revue générale de L. Cerf (*Presse méd.* 6 octobre 1900).

Ce dernier auteur réunit 45 observations de rash varicellique. Si les observations ne sont pas plus nombreuses, c'est que le rash passe très facilement inaperçu à cause de sa durée éphémère et que, lorsqu'il est intense, les cliniciens sont souvent enclins à admettre l'association de la scarlatine et de la varicelle.

Le rash précède habituellement l'éruption de varicelle de vingt-quatre heures en moyenne; mais il peut aussi être contemporain de l'éruption varicellique (Fleischmann, Badau). Il peut même lui succéder, ainsi que le prouvent plusieurs observations de Nissim, de Chauffard, de Charmoy, de Comby, de Gaillard. Dans le cas de Comby, le rash apparut au moment de la dessiccation des bulles.

Habituellement unique, le rash peut cependant se reproduire. Demme a rapporté deux cas dans lesquels, en l'espace de quinze jours, il se fit trois éruptions successives de varicelle; chacune d'elles fut précédée par un rash scarlatiniforme généralisé.

Parfois le rash apparaît sans être précédé ni accompagné d'aucun symptôme particulier.

Le plus souvent, il provoque une réaction fébrile assez intense : un brusque frisson, une élévation rapide de la température et une accélération du pouls précèdent le rash.

Plusieurs fois même, on a noté des vomissements, une soif vive avec langue saburrale, des maux de tête avec vertiges, de la rachialgie, de l'angine; ces symptômes peuvent constituer par leur intensité un véritable état typhoïdique.

Sur 45 cas, le rash s'est montré : morbilliforme 1 fois; purpurique 2 fois; mixte 2 fois; scarlatiniforme 40 fois.

Le seul exemple authentique de rash morbilliforme a été rapporté par Chauffard; l'éruption siégeait sur les membres inférieurs, le bas-ventre, le tronc; il n'y avait pas de catarrhe des muqueuses.

Le rash purpurique est une des manifestations de la varicelle hémorragique.

Le rash polymorphe était, dans un cas de Lorrain, morbilliforme sur les membres supérieurs, roséoliforme sur la partie antérieure du tronc, scarlatiniforme sur l'abdomen et les membres inférieurs.

Le rash scarlatiniforme est le plus fréquent dans la varicelle. Il peut occuper toutes les régions du corps, différent en cela du rash variolique qui est toujours disposé en « caleçon de bains ».

Rarement, il est généralisé à tout le corps; habituellement il est disposé sous forme de larges plaques, de grandeur variable, distribuées sans ordre et séparées par des intervalles de peau saine. La coloration est d'un rouge vif uniforme; sur le fond est quelquefois semé un pointillé plus foncé. Les bords ont des limites nettes.

Les vésicules de varicelle peuvent se développer sur les régions envahies par le rash.

La pression efface momentanément l'éruption. Mais la pression linéaire de l'ongle ou d'une pointe de crayon ne provoque pas, suivant Chauffard, l'apparition de la raie blanche scarlatineuse.

Le rash ne s'accompagne ni de brûlures ni de démangeaisons. Il n'est jamais suivi de desquamation.

La durée ne dépasse pas généralement vingt-quatre heures. Exceptionnellement, Legendre l'a vu durer six jours.

Dans plusieurs observations, le rash a coïncidé avec une varicelle gangréneuse ou avec une varicelle compliquée de néphrite. Il est peut-être en rapport avec la varicelle maligne et doit faire redouter une complication; le rash purpurique appartient aux varicelles hémorragiques. Le Pr Hutinel pense, en effet, que les rash des fièvres éruptives sont des éruptions surajoutées dues à des infections secondaires.

Le diagnostic est ordinairement facile, grâce à l'apparition prochaine des vésicules de varicelle.

Cependant, certains rash scarlatiniformes intenses accompagnés d'angine, de vomissement, et d'une fièvre intense, peuvent prêter à la confusion avec la fièvre scarlatine. Le diagnostic repose sur la recherche et l'appréciation exacte des symptômes morbides, l'aspect de l'exanthème pharyngé, l'élévation brusque de température, la rapidité du pouls que Trousseau considérait comme si importante.

Cerf insiste sur la recherche de la raie scarlatineuse.

En réalité, le clinicien se basera surtout sur l'ensemble du tableau morbide et sur l'évolution de l'éruption; il lui sera permis parfois de rester un jour dans le doute, auquel l'éruption de varicelle viendra mettre fin. Rétrospectivement, on se sou

Digitized by Google

viendra que le rash ne provoque jamais de desquamation.

Enfin, l'hésitation entre le rash varicellique et le rash variolique ne pourra guère avoir lieu, à cause de la différence d'intensité dans les symptômes généraux et de la localisation spéciale du rash variolique; en tout cas elle ne sera pas de longue durée.—E. L. M.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de la coxalgie avant la période d'abcès. — Le traitement de la coxalgie est des plus difficiles à instituer et à diriger et souvent malgré tous nos efforts les résultats obtenus sont médiocres ou même franchement mauvais. Les travaux récents témoignent de l'intérêt pratique de cette question sur laquelle les chirurgiens sont partagés comme l'on montré les récentes discussions de la Société de Chirurgie.

M. Morestin dans une excellente revue générale (*Gaz. des Hôp.* 1900) a fait une étude complète du traitement de la coxalgie, nous allons le suivre dans cette étude.

Après un historique détaillé, dans lequel il passe en revue les diverses phases du traitement de cette affection, il distingue deux catégories : la coxalgie chez l'enfant d'une part, la coxalgie chez l'adolescent et l'adulte d'autre part.

Il envisage ensuite la maladie à ses trois périodes : coxalgie avant la formation d'abcès, coxalgie suppurée, coxalgie fistuleuse.

Dès que le diagnostic est porté, il ne faut pas attendre, mais instituer immédiatement un traitement rigoureux; malheureusement, on n'a que rarement l'occasion d'observer l'affection tout à fait au début, le plus souvent le membre est déjà placé dans une attitude vicieuse; pourtant quelle que soit l'attitude vicieuse, il faut remettre le membre dans la rectitude.

Bonnet faisait en une séance le redressement brusque en exagérant d'abord la flexion, puis il exerçait des mouvements de mobilisation dans tous les sens, de circumduction et finissait par la réduction en bonne attitude. Si les adducteurs faisaient obstacle, il n'hésitait pas à les trancher à l'aide d'un long ténotome introduit à la partie postérieure de l'articulation; mais ces vastes sections musculaires sont le plus souvent inutiles.

Ces attitudes vicieuses n'opposent pas de résistance insurmontable; après anesthésie les mouvements présentent une plus grande amplitude, tous s'exercent dans une limite plus étendue, et l'écart entre ce qu'on obtenait à l'état de veille et ce qu'on obtient sous le chloroforme, indique la part que prenait la contracture des muscles à l'attitude vicieuse. Ce qui persiste dépend des adhérences contractées par les surfaces articulaires et surtout de la rétraction des tissus fibreux de nouvelle formation. C'est dire que ces raideurs d'ordre cicatriciel seront proportionnelles à l'ancienneté des lésions et à leur mode d'évolution, qu'au début la contracture musculaire jouera le principal rôle et qu'à ce moment où il n'y a pas encore de notables déformations articulaires, ni d'ankylose, le redressement s'exécutera avec une très grande facilité.

Le même résultat peut être obtenu, moins rapidement, à l'aide de l'extension continue; mais pour que celle-ci réussisse il faut surtout veiller à la contre-extension et empêcher le bassin de se déplacer. Ces inclinaisons que peut prendre le bassin dans le lit, au cours d'un traitement toujours long, étaient l'écueil de la méthode.

L'appareil de Lannelongue oblige le malade à garder une bonne attitude. L'articulation n'est pas rigoureusement immobilisée, mais ce qui est le plus important, la traction s'exerce dans des conditions favorables et avec son maximum d'effet. Le principe de cet appareil est le suivant, maintenir le bassin et réaliser le problème de la contre-extension par l'intermédiaire de la colonne vertébrale et du thorax.

On peut encore appliquer la traction avec un appareil d'Hennequin.

Dans le cas où la déviation est déjà assez accentuée et où l'application de l'appareil à traction souffre quelque difficulté en raison de cette attitude, deux partis sont à prendre, ou bien résoudre le problème par une méthode de lenteur, en appliquant des tractions multiples, à la manière de Volkmann, traction s'exerçant dans le sens vertical pour remédier à la flexion, dans le sens latéral, obliquement ou transversalement selon l'attitude à laquelle il faut porter remède. Ou bien réduire sous le chloroforme pour appliquer ensuite la traction continue, et c'est un des points sur lesquels insiste Lannelongue.

Les Américains font l'extension sans garder le malade au repos. Le malade, pourvu d'une attelle à extension, continue à marcher. Il y a à cela un avantage énorme, c'est la facilité avec laquelle l'enfant peut être déplacé, respirer au grand air. L'état général se conserve meilleur. Cependant il ne faut pas exagérer la valeur de cet argument; les enfants acceptent bien l'immobilisation, leur état général subit d'heureuses modifications grâce à l'amélioration apportée à l'état local et à la disparition des douleurs.

D'ailleurs, s'ils ne peuvent pas bouger, ils sont susceptibles d'être facilement déplacés et transportés au grand air, la planche qui les supporte pouvant être aisément placée sur une voiture.

L'extension continue lutte d'une manière perma-

Digitized by Google

nente et très efficace contre les contractures, par suite elle combat la tendance aux attitudes vicieuses, elles tend à séparer les surfaces, partant elle met à l'abri des déplacements pathologiques et de déformations par ulcération cempressive. Cet écartement, joint à l'abolition des contractures et à l'immobilisation, supprime les douleurs. Enfin, l'on peut très aisément explorer la région malade, la surveiller, voir poindre et éclore les abcès, que l'on peut ainsi traiter dès le début; enfin, les soins de propreté sont relativement très simplifiés.

L'immobilisation de la jointure est une des conséquences de l'application d'un appareil à extension continue, et explique en partie les bons effets de cette méthode.

Beaucoup de chirurgiens considèrent que cette immobilisation est l'indication la plus essentielle, et une fois le redressement effectué emprisonnent le membre dans un appareil qui empêche le retour à l'attitude vicieuse et supprime tout déplacement des surfaces articulaires.

De nombreux appareils ont été contruits, réalisant assez bien ces indications. Le plus ancien est la gouttière de Bonnet qui peut rendre des services mais qu'on délaisse de plus en plus pour les appareils plus simples et plus faciles à confectionner.

L'appareil silicaté de Verneuil est excellent, il est léger, solide et immobilise bien la hanche; il est passible d'un reproche, le silicate sèche lentement, aussi le membre peut il se déplacer et reprendre en partie sa mauvaise attitude pendant la dessication de l'appareil.

C'est pourquoi on lui a substitué l'appareil plâtré; on enveloppe avec des bandes roulées dans le plâtre le membre inférieur tout entier, le bassin et le tronc jusqu'à la partie moyenne du thorax. Pour que l'appareil soit plus solide, Kirmisson recommande de mettre dans l'épaisseur du plâtre une ou deux petites attelles métalliques; le même auteur conseille aussi de placer le membre en abduction légère, la tête fémorale ne peut ainsi se déplacer sur la fosse iliaque externe et l'on combat pour l'avenir la tendance si fâcheuse de la cuisse à se porter dans l'adduction.

Le malade peut être maintenu au lit, mais on peut facilement le transporter au grand air, à la campagne. On pourrait même, au bout de quelque temps, lui permettre de marcher avec des béquilles et en soulevant le pied du côté sain.

C'est un pas vers le traitement ambulatoire de la coxalgie. On conçoit, en effet, toute l'importance d'une méthode qui permettrait au petit malade de faire sa coxalgie sans être alité, de passer plusieurs années sans interrompre ses études, ses jeux, ses exercices.

La méthode américaine éviterait ces inconvénients, qui sont, en effet des côtés faibles des traitements habituels. Elle permettrait au malade de se déplacer, d'aller et venir, de jouer, de courir même.

A l'aide d'ingénieux appareils, on applique l'extension pendant la marche, en même temps que l'articulation est immobilisée. Les appareils de Sayre, de Thomas sont figurés dans tous les livres. Il en existe un très grand nombre. Un des plus connus est l'attelle de Pott. En Europe, cette méthode est peu employée et peu connue. Cependant, plusieurs orthopédistes, en particulier, Lorenz et Hoffa, l'utilisent. L'appareil de Hessing est particulièrement recommandé par ce dernier. Romanus Binder vient encore de vanter, dans le journal de Hoffa, les bons résultats obtenus par ce dernier, et chez nous, Etienne, dans sa thèse toute récente (Nancy), attire l'attention sur cette thérapeutique peut-être trop complètement négligée chez nous.

Quelques essais pourraient être faits dans ce sens, mais en pareille matière, on ne saurait généraliser et se déclarer en bloc partisan ou adversaire d'une méthode.

Ces appareils de marche employés par les Américains sont assez séduisants. Ils prennent point d'appui sur l'ischion et sur le périnée par une sorte de béquille, et l'extension se fait par une prise sur les condyles fémoraux ou sur le cou de pied. La tendance à l'adduction peut être efficacement combattue à l'aide d'une attelle prenant point d'appui sur le périnée du côté opposé. Sans immobiliser d'une façon parfaite l'articulation malade, ils suppriment la plupart des mouvements. Enfin, si l'extension s'exécute d'une manière incomplète, elle n'est pas absolument illusoire. Mais il est bon de noter que plusieurs chirurgiens américains ont abandonné la méthode américaine, et que d'autres, loin de l'employer exclusivement, font dans leur pratique une large part aux autres modes de traitement.

Tous les cas, en effet, ne sont pas justiciables du même traitement, il faut être éclectique et modifier sa pratique suivant les circonstances et suivant les malades et l'on peut bien faire et obtenir des résultats satisfaisants, soit par l'extension continue, soit par l'immobilisation, soit même par le traitement ambulatoire.

L'appareil plâtré rend l'exploration et la surveillance de la jointure non pas impossible, mais difficile; aussi, toutes les fois qu'on peut avoir le moindre indice de formation d'abcès, qu'un signe quelconque fait prévoir cette éventualité, l'extension continue s'impose absolument; de même lorsque les douleurs sont vives, la contracture intense, les adénopathies volumineuses, lorsque le cas s'annonce comme grave.

Dans ces cas, l'extension continue amène une amélioration notable et rapide.

Digitized by Google

Elle sera encore la meilleure pour obtenir le redressement dans les cas simples où l'attitude vicieuse encore récente, est due exclusivement aux contractures musculaires. Elles cèdent aisément aux tractions continues, ce qui rend inutile l'emploi du chloroforme.

Dans les coxalgies doubles, où il importe de ménager les chances de conserver au malade quelque mobilité articulaire, c'est encore le traitement d'élection.

De nouvelles indications surgissent, en effet si l'on envisage le résultat que l'on peut attendre du traitement. L'ankylose de la hanche est une terminaison habituelle de la coxalgie, et c'est une terminaison heureuse, si l'on songe aux autres éventualités qui assombrissent le pronostic de la maladie. Pour la plupart des malades, l'on doit souhaiter l'ankylose. L'immobilisation absolue de la hanche malade favorise cet enraidissement de la hanche, (car il y a bien rarement soudure osseuse).

Or, il est incontestable que l'extension continue tendant sans cesse à écarter les surfaces, et ne supprimant pas absolument les mouvements, est moins propice à l'ankylose, que l'application des grands appareils, qu'en augmentant la traction, on peut, dans une certaine mesure, favoriser la conservation des mouvements. Or, ces considérations trouvent leur application dans le cas de double coxalgie, où la possibilité de la marche après la guérison sera subordonnée à la conservation d'un peu de mobilité, au moins de l'une des articulations coxo-fémorales,

Il importe, en effet, de se préoccuper de cette possibilité de guérison avec conservation des mouvements dans les cas bénins, observés au début, et chez des enfants relativement robustes; ce résultat a plus d'importance encore s'il s'agit d'une fille. L'ankylose est une terminaison généralement souhaitable, mais elle n'est ni fatale, ni nécessaire, et dans certaines circonstances, on peut l'éviter et même on doit chercher à l'éviter.

L'extension continue appliquée dès le début de la maladie, doit amener la guérison sans boiterie. Aussi ce mode de traitement répond ou plus grand nombre de cas, il est même indispensable dans certaines formes et à certaines périodes de la maladie.

Le plus souvent, donc, le traitement doit commencer par l'application rigoureuse de l'extension continue et chez la plupart des malades dont l'affection prise à temps ne suppure pas, il y a avantage à continuer la cure par les appareils plâtrés.

Pendant la période d'extension, il faut veiller à ce que le bassin n'ait pas de tendance à s'abaisser du côté malade; il faut aussi veiller au développement d'un genu récurvatum observé comme le remarque M. Campenon chez les coxalgistes jeunes.

Enfin, quand la guérison est proche, on appliquera avec avantage un appareil de marche, permettant l'exercice sans amener la fatigue de l'articulation.

Il ne faut pas croire trop vite à la guérison, car la marche prématurée est désastreuse, elle amène des rechutes souvent graves.

Le traitement sera prolongé pendant un mois après la guérison apparente. La guérison est très probable quand la palpation ne révèle aucun point douloureux, quand les tissus articulaires sont souples, lorsqu'il n'y a plus de contracture et que cette situation dure depuis longtemps, enfin, lorsque l'enfant reprend de plus en plus ses forces et se développe régulièrement.

Ce traitement conservateur chez les jeunes sujets donne d'excellents résultats; le traitement normal de la coxalgie non suppurée ne comporte en aucune façon d'intervention opératoire.

Un adjuvant indispensable est le traitement de l'état général, l'enfant sera placé dans les meilleures conditions d'hygiène et d'alimentation. — J. H. M.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Application thérapeutique du suc gastrique animal naturel. — C'est la confirmation des résultats obtenus en France avec la *gastérine* de Frémont que M. le Dr Paul Meyer (de Berlin) nous donne dans le 3e fascicule de 1900-1901 du *Zeitsch. für diætetische und physikalische Therapie.*

Comme produit, l'auteur s'est servi d'un suc gastrique de chien à lui fourni par le Pr Pawlow (de St-Pétersbourg), qui déjà, en 1889, avait fait des expériences sur l'isolement de l'estomac.

Ce suc gastrique animal a été administré à un malade de 67 ans, atteint d'achylie gastrique typique. Soumis au repas d'épreuve, le produit de son évacuation stomacale donnait les résultats suivants :

Acidité totale		0
HCl	libre	0
	combiné	0
Acide lactique		0
Réaction du biuret		0
Pepsine		0
Labferment		0

Pas de stase gastrique.

Un demi-litre de lait est retiré de l'estomac sans changement après une demi-heure.

Jusqu'à 30 cc. le suc animal donné avec le repas d'épreuve n'a aucune influence; mais à la dose de 60 cc. l'action se manifeste même si on administre 20 cc. avant, 22 cc. après, et 20 cc. dix minutes après le repas

Digitized by Google

Le chimisme gastrique se transforme ainsi :

Acidité totale		+ 23
HCl	libre	0
	combiné	+
Réaction du biuret		+
Pepsine		+
Labferment		+

Au point de vue de l'utilisation des aliments, l'analyse des urines, des matières fécales montrait une amélioration très sensible. Pour l'azote, le coefficient d'utilisation, c'est-à-dire la proportion d'azote retenu par l'organisme avant tout traitement, n'atteignent que 82,1 à 84 5 0/0; au bout de quatre jours d'usage du suc gastrique animal, il montait à 87,5 et 92 0/0. Le bilan général journalier en azote offrait avant l'administration de la gastérine un minimum de + 0,27 et un maximum de 2,85, après il donnait un minimum de + 2,80et un maximum de + 3.16.—H. G.

La valeur thérapeutique de l'alimentation végétale. — La diète végétarienne, telle qu'elle est comprise et pratiquée par les végétariens anglais, aboutit souvent à la dénutrition des sujets, surtout quand ils s'abstiennent même de lait et d'œufs comme étant de provenance animale. Dans ces conditions, un homme perdait par jour 2 gr. 50 d'albumine d'après Voit (*Zeitsch. f. Biol.* vol. 25), et Rumpf a vu un cas de scorbut se déclarer chez un autre au bout de quelques mois de végétarisme exclusif. Par contre, un jeune homme de 19 ans, suivant ce régime rigoureusement depuis son enfance, arrivait à compenser ses dépenses et tout en travaillant, il assimilait 0 gr. 90 d'azote en plus qu'il n'en éliminait; il consommait par jour 73 gr. d'albumine. 29 gr. de graisse et 698 gr. d'hydrate de carbone, soit 3.430 calories. La quantité d'aliments ingérés était très considérable et il fallait qu'il eût un appareil digestif des plus tolérants; les matières fécales étaient d'une abondance extrême, et l'organisme tirait mal parti des aliments. (*Zeitsch. f. diæt. u. physikal. Therap.*).

Dans le camp des végétariens exclusifs, on a fait valoir la richesse des légumes en sels calcaires; Rumpf vit néanmoins un enfant végétarien devenir rachitique, et un autre fut atteint de maladie de la Barlow; il ajoute judicieusement qu'il est plus facile de prendre un litre de lait qu'un kilo d'épinards qui contiennent l'un et l'autre deux grammes de chaux. Du côté opposé, on a prétendu que la chaux des végétaux provoquait l'athérome des vaisseaux; si on a vu des végétariens athéromateux, il ne faut pas oublier qu'il y a parmi les végétariens bien des pécheurs convertis qui ont lésé leur organisme antérieurement par toutes espèces d'excès.

Quoi qu'il en soit, les inconvénients d'une alimentation végétarienne exclusive sont suffisants pour la faire rejeter pour la généralité des hommes. Elle doit rester une mesure d'exception, une médication, utile dans l'atonie intestinale, dans la goutte et dans les affections de l'appareil circulatoire. On a remarqué que les végétariens avaient le pouls lent, et Rumpf a obtenu de bons résultats de ce régime dans les maladies qui s'accompagnent d'éréthisme cardiaque, telles le goître exophtalmique et les palpitations résultant du surmenage physique et des excès sexuels. Néanmoins il a toujours toléré les œufs et le lait, le beurre, le fromage. En dehors de ces exceptions thérapeutiques, il préconise avec Rubner (*Lehrbuch der Hygiene,* 1892) une proportion de 35 pour cent de viande dans l'alimentation d'un sujet sain; une quantité plus élevée aboutirait aux maladies goutteuses — M. Huchard dirait à l'uricémie — et chez les sujets jeunes à une maturité précoce et à une hyperexcitabilité du système nerveux. — Bd.

CLINIQUE MÉDICALE

Recherches sur l'exsudat amygdalien après l'amygdalotomie. — Peu après la cessation de la petite hémorragie qui suit l'ablation de l'amygdale, on voit apparaître sur la surface de section un exsudat grisâtre, d'aspect pseudodiphtérique. Il part le plus souvent des bords de la plaie et couvre dès le lendemain toute la surface avivée. Sa couleur est grisâtre, avec de petits foyers plus foncés. Son épaisseur est environ de deux millimètres. Parfois, il ne forme que des îlots, d'autres fois un réseau, presque toujours une vraie membrane. Il ne dépasse guère les limites de la surface cruentée, à moins qu'une partie avoisinante — luette, pilier ou palais — n'ait été écorchée ou contusionnée par les instruments.

Cette pseudomembrane est assez adhérente, et si on en arrache une parcelle à l'aide d'une pince, il vient un peu de sang. Au bout de trois ou quatre jours, l'exsudat commence à desquamer, pour disparaître dans la huitaine. Il n'y a que peu de douleurs, pas de fièvre, l'état subjectif de l'opéré est bon; néanmoins l'apparition de cette « peau blanche » peut effrayer le malade ou son entourage, parfois même le jeune médecin, qui n'a rien trouvé dans les traités, muets au sujet de cette suite opératoire.

Cette absence de renseignements nous engage à signaler le travail de M. Harmer (*Wiener klin. Wochenschrift*), qui a examiné histologiquement et

Digitized by Google

bactériologiquement un grand nombre de pseudo-membranes de ce genre. Elles sont constituées par un réticulum fibrineux, renfermant des nids de leucocytes polynucléaires, mais surtout mononucléaires; les microbes y abondent, surtout les chaînettes, rarement des grappes, parfois des bâtonnets; Harmer n'a jamais trouvé de Lœffler sur 31 cas, trois fois seulement des bâtonnets d'apparence diphtérique, dépourvus, du reste, des caractères des pseudobacilles de Lœffler et surtout exempts de toute virulence. Les streptocoques étaient très faiblement virulents et les animaux inoculés ne mouraient qu'après plusieurs semaines, peut-être tout autant de leur captivité dans les cages malsaines dont l'auteur disposait que de l'infection.

Ces expériences confirment la vieille expérience clinique, que cet exsudat n'est pas diphtérique, et qu'il est inoffensif. Néanmoins, on fera bien d'éviter les amygdalotomies en temps d'épidémie diphtérique, de crainte d'une infection secondaire de la fausse-membrane; on gardera les enfants hors de l'école avant la cicatrisation complète. Il sera prudent aussi d'avertir la famille au préalable de l'apparition de cet exsudat. — Bd.

Piqûres d'insectes comme portes d'entrée du cancroïde. — On sait qu'Adamkiewicz défend énergiquement depuis 1892 l'origine parasitaire du cancer. Il y a quelques années (1891 et 1892), il a observé deux personnes chez lesquelles un cancroïde s'était développé rapidement à l'endroit où elles avaient été piquées par des moustiques. Il vient de voir un troisième fait de ce genre (*Klin, ther. Wochenschrift*, n° 11). Une dame de 70 ans se promenait dans un parc de Vienne lorsqu'elle s'aperçut d'une petite hémorrhagie au bout de son nez; elle entra dans un restaurant, se fit donner de l'eau et lava son nez; mais malgré cette précaution il se forma une petite induration à l'endroit blessé qui évolua rapidement comme un cancroïde; au moment où Adamkiewicz la vit, tout le nez était rongé. On ne put trouver d'autre cause à l'hémorrhagie du bout du nez qu'une piqûre d'insecte; le laps de temps qui s'était écoulé entre la date de cette piqûre et l'apparition du cancroïde était de trois mois, durée déjà notée dans plusieurs observations comme étant celle de l'incubation de la coccidie du cancer. — Bd

Les dangers de la ponction lombaire. — Les récents travaux de Widal, Sicard, Monod, Ravaut, Castaigne (*XIIIe congrès internat. de méd. et Soc. de biologie*) engageront certainement les médecins à pratiquer la ponction du canal rachidien. Néanmoins il convient de ne pas considérer cette petite intervention comme absolument inoffensive; il est vrai qu'elle ne donne d'habitude lieu qu'à de la céphalée proportionnée à la quantité de liquide écoulé ou à une légère titubation pendant la marche. Mais il y a des exceptions.

A côté de sept cas de mort déjà publiés et sûrement attribuables à la ponction, Gumprecht, de Iéna, vient de communiquer deux nouveaux décès (*Deut, med. Wochenschrift*). Il s'agit de deux malades atteints de tumeurs du cervelet, siégeant dans la fosse occipitale; après la ponction, la tumeur s'affaissa sur l'aqueduc ou sur le trou de Magendie, interrompant la communication entre les ventricules et le canal rachidien; les ventricules cérébraux étaient très dilatés, le canal rachidien vide et affaissé. Gumprecht ne voit qu'un moyen pour éviter la mort dans ce cas; c'est de pratiquer la respiration artificielle et de trépaner pendant ce temps l'os occipital. Cela ne nous semble pas facile. — Bd.

Conditions étiologiques de la néphrite aiguë. — En s'appuyant sur trois cas observés par lui, Hans Thue attribue l'apparition de la néphrite aiguë à une infection générale. Les deux premiers cas sont mari et femme, celle-ci atteinte la première de néphrite aigue avec endocardite; six jours plus tard, le mari fut également atteint de néphrite aiguë avec signes « d'infiltration » au lobe inférieur du poumon droit. L'examen bactériologique fit constater chez le mari la présence de staphylocoques blancs, ainsi que chez la femme. — Le 3e cas est celui d'un homme de 26 ans qui, consécutivement à une légère gastro entérite, fut atteint de néphrite hémorrhagique aiguë avec endocardite, infitration de la « pointe » du poumon gauche. Pas de bacille tuberculeux, ni aucun autre microorganisme. Tous trois guérirent. (*Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, Christiania, février 1900). — R. D.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur la sérothérapie du cancer. — M. Le Dentu. La méthode de M. Wlaeff est basée sur la spécificité de certains parasites qu'il a extraits du cancer, et qu'il désigne sous le nom de blastomycètes. Or, il n'est nullement prouvé que ces parasites soient les agents du cancer épithélial. Dès lors, quelle est la valeur curative du sérum obtenu par l'immunisation de certains oiseaux, au moyen de l'inoculation de cultures de ces parasites?

Les résultats des essais de M. Wlaeff, de MM. Championnière, Berger et Reynier donnent la réponse à cette

Digitized by Google

question ; ils ne fournissent pas une seule guérison, et l'amélioration, signalée au début de l'application du traitement, semble peu durable, sans doute par défaut de spécificité du sérum employé.

En attendant que le vrai moyen curateur du cancer soit découvert, nous devons rappeler que la seule façon d'assurer une guérison définitive ou longuement durable est de pratiquer l'ablation de la tumeur à une période aussi rapprochée que possible de son apparition.

M. Championnière. — Il est parfaitement exact que les expériences de M. Wlaeff sur l'inoculation des blastomycètes des ferments tirés du cancer ne permettent pas du tout d'affirmer la nature parasitaire du cancer. Lui le pense et considère comme cancéreuses les tumeurs qu'il a développées par les inoculations des blastomycètes. Des histologistes de profession, auprès desquels je me suis renseigné, ne peuvent admettre sans réserve ces conclusions ; il est possible que les blastomycètes inoculés fussent dans les cancers des productions accidentes, n'ayant rien à voir avec l'essence de la tumeur et ne pouvant en aucune façon en engendrer de semblable.

Cette critique étant faite, l'amélioration symptomatique obtenue par la méthode de M. Wlaeff chez des sujets inopérables est une indication de continuer ces essais. Mais il ne peut être question de conseiller ces injections sur des sujets qui sont en condition de subir des opérations chirurgicales précoces et radicales *(27 novembre)*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Diathèse biliaire et hépatisme. — M. Gilbert s'élève contre la similitude invoquée par M. Glénard entre l'hépatisme, étudié par lui et la diathèse biliaire récemment décrite par MM. Gilbert et Lereboullet. Ces deux termes ne sont nullement synonymes et ne s'appliquent pas aux mêmes phénomènes morbides.

Le terme d'hépatisme, proposé par M. Glénard, désigne un état diathésique créé et entretenu par le passage à la chronicité d'une maladie de foie ; d'après lui, l'hépatisme crée la diathèse, la maladie du foie crée l'hépatisme ; l'alcool, l'agent infectieux, le traumatisme viscéral engendrent la maladie du foie.

Tout autre est la diathèse biliaire, admise par MM. Gilbert et Lereboullet : elle n'est pas un trouble fonctionnel du foie, mais une modification héréditairement transmissible du type physiologique prédisposant les voies biliaires à l'infection.

Ictère acholurique. — M. Antony communique l'observation de deux jeunes soldats, atteints depuis plusieurs mois d'ictère acholurique simple, avec pigment biliaire dans le sang, mais non dans les urines. Ces deux malades présentaient une susceptibilité tout à fait spéciale à l'ictère catarrhale. Leur état ne fut que très peu modifié par le régime lacté.

Phlébite oblitérante d'origine grippale. — M. Barth communique au nom de M. Breitman, de Montesson, une observation de phlébite du membre inférieur droit, au cours d'une grippe à forme infectieuse. Les gros troncs veineux étaient complètement oblitérés, il en résulte un œdème énorme et dur de tout le membre qui persiste plus de 5 mois, sans la moindre diminution, malgré le séjour au lit, et de légers massages dans les 2 derniers mois. C'est alors que l'on applique l'électricité galvanique à courants descendants : pôle positif au sacrum, pôle négatif au pied plongeant dans l'eau salée tiède ; force 8 milliampères ; durée de la séance, un quart d'heure, avec 3 interruptions et renversement du courant pendant 2 minutes. Séances quotidiennes avec repos de 5 jours après chaque quinzaine. Après trois mois de ce traitement, l'œdème a complètement disparu, la jambe a repris sa force et le malade peut marcher aisément. *(16 novembre.)*

Du massage dans les phlébites. — M. E. Hirtz, à propos du traitement de la période post-inflammatoire des phlébites, considère le massage comme une pratique excellente pour combattre la tuméfaction œdémateuse des membres et les raideurs articulaires consécutives, mais il ne conseille de le pratiquer que 5 à 6 semaines après le début des accidents, alors que tous les phénomènes fébriles ont disparu. Toutefois il se montre d'une réserve extrême vis-à-vis des phlébites goutteuse ou rhumatismale, si fécondes en surprises redoutables, et même de certaines phlébites variqueuses, véritables nids d'embolies, que M. Schwartz a proposé de traiter chirurgicalement par la résection du paquet variqueux.

M. Quelmé, de Le Faou (Finistère) communique une observation de phlébites puerpérales multiples, avec infection suivie de mort. *(23 novembre.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Intervention chirurgicale dans les cirrhoses hépatiques biliaires. — M. Michaux analyse une observation de M. Pauchet, d'Amiens, dans laquelle il s'agit d'une femme de 33 ans, ayant quelques habitudes d'éthylisme et souffrant depuis trois ans de troubles dyspeptiques, de douleurs dans la région du foie. Elle n'eut jamais de coliques hépatiques franches, ni d'ictère. Le foie était gros, débordant largement les côtes. La coloration des urines, des selles, de la peau, était normale ; parfois accès de fièvre avec T. de 39°. Pensant qu'il s'agissait d'une angiocholite infectieuse probablement calculeuse, M. Pauchet pratiqua, le 25 janvier dernier, la cholécystostomie. Il s'écoula d'abord une faible quantité de bile boueuse sans le moindre calcul (la vésicule explorée n'en renfermait pas). Le foie très gros était couvert de néo-membranes, témoignant d'une poussée de péri-hépatite. Une fistule biliaire s'établit, donnant issue à 250 grammes par 24 heures d'une bile claire, jaune, d'aspect normal. Celle-ci contenait le coli-bacille. Trois mois après l'opération, la malade perdait encore 60 à 70 gr. de bile par sa fistule. Le foie s'était légèrement retracté, les digestions étaient bonnes. En septembre, M. Pauchet ferma la fistule, et depuis lors les poussées d'angiocholite n'ont pas reparu.

Digitized by Google

Sans contester le mérite de cette observation, M. Michaux pense qu'il s'agit beaucoup plus d'une angiocholite légère que d'une cirrhose hépatique au début. Quoi qu'il en soit de cette question de doctrine, la malade paraît avoir bénéficié largement de cette intervention.

M. Terrier. — Parmi les affections du foie justiciables maintenant de la chirurgie sont surtout les infections des voies biliaires.

En premier lieu, les angiocholites infectieuses. Que celles-ci soient ou non accompagnées de lithiase biliaire (calculs ou boue biliaire), l'indication acceptée par tous les chirurgiens est de dévier le cours de la bile par les voies naturelles directes, pour la faire passer par les voies accessoires, par la vésicule qu'on ouvre au dehors. On doit, dans ces cas, faire une cholécystostomie facilitant l'expulsion au dehors, par une fistule, de la bile contaminée et infectée. Ceci est devenu en chirurgie une véritable équation, mais dont la résolution n'est pas toujours facile.

Quand la vésicule est grosse ou même de volume normale, rien de plus simple que de l'ouvrir et de la fixer à la paroi abdominale, voire même à la peau, comme je l'ai fait, pour conserver le trajet aussi longtemps que possible.

Plus la bile coule facilement, plus vite l'inflammation des voies biliaires se calme et les phénomènes fébriles infectieux disparaissent. Au début, vu le gonflement de la muqueuse des voies biliaires, cet écoulement peut être médiocre; mais à mesure que les phénomènes inflammatoires se calment, l'écoulement biliaire augmente et c'est bon signe.

Mais cette cholécystostomie n'est pas toujours facile à obtenir et surtout à maintenir.

Courvoisier nous a démontré et j'ai insisté sur ce point, que les altérations des voies biliaires accessoires dues à des calculs étaient fréquentes; que la vésicule calculeuse se rétractait et *s'atrophiait*. Or, beaucoup des malades atteints d'angiocholite infectieuse ont des calculs biliaires; tout d'abord les voies biliaires infectées donnent lieu à la formation de calculs ou de boue biliaire: puis l'infection augmentant, éclatent les phénomènes fébriles plus ou moins intenses dus à l'angiocholite infectieuse, celle-ci étant subaiguë en quelque sorte ou très aiguë, selon probablement la nature de l'infection ou l'intensité d'action des microbes.

Quoi qu'il en soit, l'indication d'ouvrir les voies biliaires accessoires, en fait la vésicule, s'impose, mais combien de fois ne trouvez-vous pas une vésicule atrophiée, soit avec de la boue biliaire dans son intérieur, soit avec un ou plusieurs calculs peu volumineux!

Parfois même on ne trouve pas de vésicule, il n'en reste qu'un moignon cicatriciel. Dans ce dernier cas, rien à faire, mais si l'on a une petite vésicule, on la draine à travers l'abdomen, tâchant de limiter le trajet du drain avec des sutures disposées sur l'épiploon. On résout donc le problème, la dérivation directe de la bile, mais pas pour longtemps, et quoi qu'on fasse, qu'on place ou non des laminaires, le trajet se ferme et votre drain est expulsé.

Pendant ce drainage, trop vite terminé, la bile s'écoule au dehors et il semble que sa virulence s'atténue.

Je dis il semble, parce que les faits paraissent le démontrer. Lorsque vous avez établi une fistule sur une vésicule fixée à la paroi et à la peau, la fistule reste presque définitivement ouverte. Notez que je parle des angiocholites infectieuses. Or, malgré ce que j'ai pu lire, pour mon compte personnel, je n'ai jamais vu la bile fournie par la fistule ne plus cultiver, même après plusieurs années. Aussi ne faut-il pas se hâter de fermer la fistule; une fois, je l'essayai, mais un formidable accès d'angiocholite survint et je dus rouvrir la vésicule. Cette dame a encore sa fistule et cela depuis trois ans.

Dans un autre cas, je fis aussi la fermeture, mais les accidents furent si rapidement septiques, que la malade mourut en quarante-huit heures. J'avais eu le tort d'intervenir trop rapidement.

Donc, pour moi, la bile une fois infectée par le bacterium coli ne peut retourner à l'état normal, comme d'ailleurs je l'ai constaté pour l'urine infectée par le même bacterium coli.

Toutefois, son influence septique peut s'atténuer et nous en avons la preuve quand dans nos cholécystostomies intra-péritonéales, le trajet vient fatalement à se fermer.

Alors messieurs, ou bien la malade (car ce sont surtout des femmes dont je parle), ou bien, dis-je, la malade supporte cette fermeture lente sans trop de réaction, ou bien celle-ci se montre par accès, ou bien encore ces accès sont très inquiétants et s'accompagnent de frissons et de fièvre.

Que deviennent ces malades? La guérison se fait-elle complètement? Je ne le sais pas encore exactement.

C'est qu'un élément vient encore jouer un rôle considérable dans cette question. Si l'inflammation chronique développée par la lithiase détermine, comme tout le monde le sait, l'atrophie des voies biliaires accessoires, dans quelle mesure ne produit-elle pas l'atrophie des voies biliaires directes: canaux hépatiques, canal cholédoque?

La sclérose ne peut-elle aller plus loin et étouffer les cellules hépatiques, c'est alors que vous pourrez parler de cirrhose biliaire en connaissance de cause.

Les altérations de la cellule hépatique, dans ces cas d'infection, se traduisent pour moi par une diminution de l'urée excrétée en vingt-quatre heures, ce qui constitue un symptôme grave au point de vue du pronostic.

Dans les maladies calculeuses des voies biliaires, — accessoires ou principales, — les indications opératoires sont bien connues, je n'y insisterai pas. Tantôt il faut enlever les calculs de la vésicule, du canal cystique ou du cholédoque, tantôt il faut enlever la vésicule enflammée, abcédée ou ulcérée.

Ces opérations sont classiques aujourd'hui, il n'y a plus à les discuter.

Mais il faut bien le dire, en dehors de ces cas bien définis, de calculs de la vésicule ou du cholédoque, de cholécystite, d'angiocholite aiguë ou infectieuse, on a fait des opérations dans des cas bien mal déterminés, même médicalement parlant.

Ces opérations ont été tantôt exploratrices simples, tantôt avec résection d'adhérences hépatiques, tantôt enfin avec création de fistules biliaires.

Quels résultats a-t-on obtenus de ces diverses interventions? C'est, je vous l'avoue, bien vague pour moi. Je ne puis vous dire, dans cet ordre d'idées, que dans deux cas de cirrhose hypertrophique diagnostiqués par des médecins instruits, je n'ai obtenu aucun résultat appréciable.

Tumeur du sein traitée par les injections de sérum de Wlaeff. — M. Reynier présente une femme de 44 ans, atteinte d'une tumeur du sein, probablement de nature

Digitized by Google

épithéliale, très améliorée par les injections du sérum du Dr Wlaeff ; le traitement a duré 5 mois ; la malade a reçu 13 injections. (*21 novembre*).

La séance du 28 novembre est levée en signe de deuil, à l'occasion de la mort de M. Ollier, de Lyon.

BIBLIOGRAPHIE

Obstétrique d'urgence, par L. Demelin, accoucheur des hôpitaux. 1 vol. chez Doin, éditeur.

Les traités et les manuels de chirurgie d'urgence sont nombreux, mais nous ne possédions pas encore de livre traitant de l'obstétrique d'urgence ; c'était une lacune sérieuse, car en obstétrique, plus encore qu'en chirurgie peut-être, le praticien est obligé d'agir immédiatement sans même avoir le temps de recourir à l'aide d'un confrère. M. Demelin vient de combler cette lacune ; sa compétence, bien connue de nos lecteurs, nous dispense de tout éloge.

L'auteur étudie les accidents qui, durant la période puerpérale, exigent une intervention plus ou moins immédiate ; il examine successivement, tant au point de vue de la mère que du produit de la conception, les hémorrhagies, les troubles dus à l'asphyxie ou à l'anhématosie et enfin quelques manifestations infectieuses.

Les hémorrhagies ont retenu longtemps l'auteur, et le praticien trouvera exposée en détails la conduite à tenir dans les hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta soit dans les derniers mois de la grossesse, soit pendant le travail, dans les hémorrhagies de la délivrance et des suites de couches.

Le traitement de l'éclampsie, de l'infection puerpérale, de l'asphyxie due à une maladie du cœur ou à un état pathologique du poumon est indiqué d'une façon nette et précise.

On trouvera dans la seconde partie les indications à remplir en cas de souffrance du fœtus ; la mort apparente sous ses différentes formes fait l'objet d'un chapitre détaillé dans lequel l'auteur passe en revue les différents moyens à employer pour ramener l'enfant à la vie, excitations cutanées, tractions rythmées de la langue, respiration artificielle, insufflation.

Enfin dans un dernier chapitre, fait en collaboration avec M. Rochard, sont exposées les indications urgentes de la laparotomie pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, dans les cas de cancer et de fibrome de l'utérus, de kyste de l'ovaire, de plaie et de rupture de l'utérus, d'appendicite, d'occlusion intestinale, de rétroversion, etc.

Nous devons remercier M. Demelin de nous avoir donné un livre aussi utile et aussi pratique que tout médecin devra posséder Le succès lui est donc sans aucun doute assuré. — Y. H. M.

Traité des épilepsies, par J.-B. Gélineau. Paris, 1901. Baillière, éditeur. Vol. grand in-8° de 952 pages.

Encore un livre que nous avons plaisir à recommander, puisqu'il a été longtemps médité et qu'il a été écrit par un grand travailleur, n'ayant aucun titre officiel, ce qui à nos yeux augmente encore son mérite.

Ce livre est signé d'un nom qui a beaucoup d'importants travaux à son actif : *L'angine de poitrine épidémique* (1860) ; *Névroses spasmodiques* (1878) ; *Kénophobie ou peur du vide* (1879) ; *Narcolepsie ou maladie du sommeil* (1881) ; *Traité de l'angine de poitrine* (1884) ; *Maladies et hygiène des gens nerveux* (1886) ; *Peurs maladives ou phobies* (1894) ; *Hygiène de l'oreille et des sourds* (1897) ; *Déséquilibrés des jambes* (1898). Au *Journal des Praticiens*, le mandarinat officiel ne compte pas, et seuls les travaux consciencieux sont dignes d'approbation. Or, le livre que nous présentons aux lecteurs, a le défaut de sa grande qualité : il est trop consciencieux, en ce sens qu'il veut être trop complet, qu'il s'efforce trop de citer tous les auteurs et tous les travaux. Il en résulte que, comme pour l'angine de poitrine, les classifications sont nombreuses, que la critique des faits n'est pas toujours sévère, et que l'on accepte trop facilement des épilepsies « gastrique, utérine, testiculaire et néphrétique, cardiaque », etc., dont l'existence n'est nullement démontrée. Mais, l'auteur a voulu être complet, et il a réussi à l'être en ne faisant presque pas une omission sur les savants anciens ou modernes qui l'ont précédé. Il a consacré près de 250 pages à l'étude raisonnée de la thérapeutique, et c'est encore une des raisons qui nous fait recommander aux praticiens la lecture attentive de ce livre « de bonne foi », fruit d'observations de 25 ans, où l'auteur a accumulé une somme de travail considérable. Ses nombreux lecteurs protesteront par leur sympathie contre la détermination du Dr Gelineau qui voudrait faire de cette œuvre, son « testament médical ». Tant qu'une plume reste ferme et vaillante, elle ne doit pas être brisée. — H. Huchard.

Conférences pour l'externat des hôpitaux, par MM. Sacleu et Dubois. — Fasc. VI et VII, chez Baillière et fils.

Dans le fascicule VI sont exposées : l'anatomie de la jambe articulations, muscles, vaisseaux et quelques os, la pathologie de cette région, entorse, phlébites, varices, fractures, et d'autres questions intéressantes, le rhumatisme, la sciatique, etc.

Dans le fascicule suivant le candidat trouvera exposés : les fièvres éruptives, l'érysipèle, les brûlures, les oreillons, le cancer de la langue, et en anatomie les nerfs du membre inférieur et quelques os du crâne, le temporal, l'occipital, etc. ; la lecture de toutes ces questions lui sera donc très profitable.

Comment on défend la vie humaine contre les traumatismes. *La lutte contre les accidents*, par MM. les Drs Marcel Baudoin, membre de la commission des Ambulances urbaines, et A. Rodiet, des Ambulances de la ville de Paris. — 1 vol. à l'Edition médicale française, 29, rue de Seine, Paris.

THÉRAPEUTIQUE

Sur une créosote en poudre

Dans ces derniers temps, on s'est ingénié à faire des combinaisons de créosote. La plus originale est celle désignée sous le nom de créosoforme, contenant 96 pour 100 de créosote, et se présentant sous l'aspect d'une poudre, sans odeur, sans saveur et non toxique. On peut l'employer à des doses de 2 à 4 grammes par jour, avec la facilité de la prescrire en paquets, cachets, etc... On ne tardera pas sans doute à en faire des comprimés, granulés...

En outre le créosoforme remplace avantageusement l'iodoforme à l'extérieur dans les pansements, d'après la thèse de Petit. (déc. 1899.)

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'hyperchlorhydrie et son traitement

Par le Dr G. Linossier
Professeur agrégé,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

On a trop de tendance, en médecine, à se figurer que l'on connaît un état morbide parce qu'on sait lui donner un nom. Voici, par exemple, l'hyperchlorhydrie : le mot est contemporain des premières recherches sur la composition chimique du suc gastrique pathologique; il a fait fortune, comme l'ont faite successivement les noms de dyspepsie flatulente, de dilatation d'estomac, d'enteroptose, de colite muco-membraneuse, parce qu'il permet comme eux d'attribuer, sur la simple constatation d'un symptôme unique, c'est-à-dire sans aucune difficulté de discussion, une étiquette d'apparence très scientifique à un groupe important de maladies (la moitié environ des dyspeptiques) très difficiles à étudier et à comprendre, si on ne se contente pas de cette apparence de diagnostic. Dans le fond, qnand nous avons dit d'un malade qu'il est hyperchlorhydrique, nous ne sommes guère fixés pour cela sur la pathogénie de ses maux, et, au point de vue thérapeutique, nous n'avons conquis qu'une indication, celle de saturer par les alcalins l'acidité excessive du suc gastrique. C'est une conquête sans doute, et bien des dyspeptiques ont obtenus, depuis dix à quinze ans, de cette saturation méthodique, un remarquable soulagement; mais elle est insuffisante. Pallier l'hyperchlorhydrie est bien sans doute; mais la guérir serait encore mieux. Or, pour le tenter, il est nécessaire d'aller au-delà de la notion d'hyperchlorhydrie, de la considérer non comme une maladie, mais comme un symptôme, et de chercher à en dégager les causes.

Les recherches poursuivies au cours de ces dernières années dans le domaine de la gastropathologie ont conduit leurs auteurs à quatre théories différentes que je vais exposer brièvement.

1° Théorie sécrétoire. — Pour les premiers observateurs, l'hyperchlorhydrie était la conséquence d'une excitation anormale des nerfs sécréteurs, et l'hypersécrétion continue elle-même (maladie de Reichmann) ne reconnaissait pas d'autre cause. Cette interprétation, que justifient nos connaissances relatives à l'influence du système nerveux sur la sécrétion gastrique, est encore, au moins en ce qui concerne l'hyperchlorhydrie simple, acceptée par la plupart des cliniciens.

2° Théorie anatomique. — Hayem, ayant observé, dans les estomacs hyperchlorhydriques, une multiplication et une hypertrophie des cellules glandulaires, et spécialement des cellules bordantes, considéra qu'il s'agissait d'une modification définitive de la muqueuse, admit que l'hyperchlorhydrie est la conséquence de cette *gastrite parenchymateuse hyperpeptique*. L'exactitude des observations d'Hayem ne peut être mise en doute ; son seul tort a été d'en trop généraliser les conclusions. Le fait, aujourd'hui accepté par tous les cliniciens, de la variabilité de composition du suc gastrique, au cours de certaines dyspepsies nerveuses, est imcompatible avec l'opinion exclusive qui rattache toute hyperchlorhydrie à une gastrite.

3° Théorie mécanique. — Il est très fréquent qu'un retard de l'évacuation gastrique coïncide avec l'hyperchlorhydrie, et cette coïncidence a dès longtemps attiré l'attention; mais les relations du trouble sécrétoire et du trouble moteur ont été différemment interprétées.

Pour les uns, l'hyperchlorhydrie est primitive et la stase secondaire, et on peut expliquer de manière très différente leur filiation. D'après Hayem, l'estomac ne se vide que quand l'excitation sécrétoire a pris fin; aussi son évacuation est-elle précoce dans l'hypochlorhydrie, retardée dans l'hyperchlorhydrie. Pour d'autres la stase chez les hyperchlorhydriques s'explique par l'insuffisance de la digestion salivaire des amylacés de l'alimentation en présence d'un suc gastrique trop acide : le pylore, on le sait, ne se laisse facilement franchir que par les aliments complètement dissociés. D'autres invoquent un spasme provoqué par le contact de l'acide chlorhydrique en excès avec la muqueuse gastrique (von Pfungen, Ulmann) ou duodénale (Hirsch, Marbaix). Pour Robin, l'hyperchlorhydrie provoquerait bien le spasme pylorique, mais il y aurait cependant plutôt simultanéité de l'excitation sécrétoire et de l'excitation motrice du pylore, d'où le nom d'*hypersthénie gastrique* attribué par cet auteur à l'hyperchlorhydrie.

Par contre, un certain nombre d'auteurs ont remarqué que, si, incontestablement, l'hyperchlorhydrie peut provoquer un retard dans l'évacuation gastrique, il n'est pas moins incontestable qu'un retard de l'évacuation, par le fait d'une sténose incomplète du pylore, peut être une cause d'hyperchlorhydrie. Ainsi peuvent agir la sténose fibreuse du pylore, les brides cicatricielles consécutives à une péritonite, et notamment à la péricholécystite si fréquente au cours de la lithiase biliaire, le spasme pylorique essentiel (?) ou consécutif a quelque minime ulcération, analogue à celles qui provoquent et entretiennent le spasme du sphincter anal. L'hyperchlorhydrie est toujours alliée dans ces cas a un certain degré d'hypersécrétion, et sa pathogénie est des plus simples :

Digitized by Google

l'excès de sécrétion n'est que la conséquence normale d'une excitation alimentaire anormalement prolongée.

Pour quelques-uns des auteurs, qui considèrent la sténose pylorique comme la cause de l'hyperchlorhydrie, les malaises caractéristiques de cette affection, c'est-à-dire les douleurs de la période terminale de la digestion ne devraient pas être attribuées, comme on le fait généralement, à l'action irritante de l'acide chlorhydrique en excès sur les nerfs sensitifs de la muqueuse gastrique, mais à la crampe du pylore. Le syndrome hyperchlorhydrique serait mieux nommé syndrome pylorique (Hartmann).

Que la sténose incomplète du pylore puisse être une cause d'hyperchlorhydrie et d'hypersécrétion, cela ne me paraît pas douteux. La clinique nous en fournit des preuves nombreuses, et, si l'expérimentation n'a pas jusqu'ici réussi à créer à coup sûr, chez les animaux, l'hyperchlorhydrie par la stricture du pylore (Weintraub), la disparition habituelle, chez les malades, des troubles sécrétoires, après une gastro-entérostomie qui supprime la stase, réalise une démonstration péremptoire. Mais toute autre théorie de l'hyperchlorhydrie doit elle disparaître devant la théorie mécanique? En d'autres termes, toutes les hyperchlorhydries sont-elles explicables par la stase ? C'est inadmissible. Il peut exister de la stase sans hyperchlorhydrie, et inversement de l'hyperchlorhydrie sans stase, on peut même observer la coïncidence de l'hyperchlorhydrie avec une évacuation hâtive de l'estomac (Mathieu). Je n'ai pas la place d'insister ici sur cette question complexe que j'ai traitée plus longuement ailleurs (1). Qu'il me suffise de dire comme conclusion, que *certains* cas d'hyperchlorhydrie reconnaissent une origine mécanique.

4° Théorie de l'hyperesthésie chlorhydrique. — Enfin, des recherches récentes ont amené quelques auteurs à ne voir dans l'acidité exagérée de la sécrétion gastrique qu'un facteur secondaire du syndrome clinique désigné sous le nom d'hyperchlorhydrie; le facteur principal serait l'hyperesthésie de la muqueuse gastrique. Il n'y aurait pas en réalité, chez les hyperchlorhydriques, d'altération de la sécrétion, ou, du moins, cette altération ne serait pas la cause des malaises; mais, tandis qu'une muqueuse normale supporte facilement le contact d'une solution chlorhydrique diluée, la muqueuse des prétendus hyperchlorhydriques réagit vivement sous l'influence de ceta, ci de et la réaction se traduit par de la douleur et du spasme pylorique (Verhaeghen, Sansoni).

Voici les arguments que l'on peut invoquer en faveur de cette conception :

(1) Linossier, Maladie de Reichmann et sténose pylorique (*Sem. méd.*, 16 février 1898).

(a) On peut observer chez des sujets parfaitement bien portants, ne présentant notamment aucun des symptômes de l'hyperchlorhydrie, une exagération de l'acidité gastrique bien plus accentuée que chez beaucoup de sujets cliniquement hyperchlorhydriques. Verhaeghen ayant examiné la sécrétion gastrique d'un certain nombre de sujets sains, trouva 47 fois sur 100 une acidité chlorhydrique supérieure à 3 pour 1.000, et pouvant atteindre jusqu'à 4, 8 pour 1.000, chiffre que l'on observe rarement dans les formes les plus graves de l'hyperchlorhydrie.

(b) Si l'on examine la sécrétion gastrique d'hyperchlorhydriques cliniquemement guéris, c'est-à-dire n'éprouvant plus aucun malaise, on est surpris de leur trouver la même acidité qu'au moment où ils souffraient le plus, parfois même une acidité supérieure (Verhaeghen, Sansoni).

(c) On peut donc avoir de l'hyperchlorhydrie sans être cliniquement un hyperchlorhydrique. On peut, par contre, être, suivant la pittoresque expression de Sansoni, un hyperchlorhydrique sans hyperchlorhydrie. Tous les cliniciens ont eu quelquefois la surprise, en examinant le suc gastrique d'un dyspeptique cliniquement hyperchlorhydrique, de trouver une sécrétion normalement acide, ou même d'une acidité inférieure à la normale. Et pourtant l'acidité, si faible soit-elle, est bien la cause immédiate des malaises puisqu'on peut faire disparaître ces derniers en la saturant par le bicarbonate de soude.

Tous les médecins familiarisés avec la pratique des maladies d'estomac, avaient dès longtemps remarqué l'absence de proportionnalité entre les symptômes cliniques de l'hyperchlorhydrie et le taux de l'acide chlorhydrique révélé par l'analyse, et avaient admis l'existence d'une hyperesthésie spéciale de la muqueuse chez les hyperchlorhydriques.

Doit-il résulter des recherches récentes que cette *hyperesthésie chlorhydrique digestive* (Sansoni) soit le facteur principal dans la genèse du syndrome clinique de l'hyperchlorhydrie et qu'il n'y ait aucun compte à tenir des anomalies de la sécrétion? Je pense que ce serait une exagération. Sans doute, des sujets bien portants peuvent sécréter un suc gastrique beaucoup plus acide que certains hyperchlorhydriques; mais, de ce que ces sujets ne ressentent aucun malaise, on ne peut déduire que ce sont des sujets normaux. Ce sont, suivant l'expression d'Hayem, des *dyspeptiques latents* : si, par le fait d'une tolérance spéciale de la muqueuse gastrique, de la perfection de leur digestion intestinale, ils conservent toutes les apparences d'une santé parfaite, ils n'en sont pas moins des malades au même titre que les cardiaques valvulaires en état de parfaite compensation.

Le fait que des hyperchlorhydriques peuvent être

Digitized by Google

cliniquement guéris, sans que leur sécrétion chlorhydrique se soit modifiée, n'est pas plus démonstratif. Pour continuer la même comparaison, ces sujets sont dans la situation des cardiaques guéris d'une attaque d'asystolie, mais conservant leur lésion valvulaire. Dira-t-on, par ce que cette lésion survit aux symptômes de l'asystolie, qu'elle ne jouait qu'un rôle secondaire dans la genèse de ces symptômes? Tout ce qu'on peut conclure de ces deux groupes de faits, c'est que les limites de l'état normal sont beaucoup moins étroites que ne l'ont enseigné les premiers auteurs qui se sont occupés de chimie gastrique, et qu'il ne faut conclure à de l'hyperchlorhydrie, que si l'analyse chimique décèle un excès notable d'acide chlorhydrique par rapport aux moyennes.

Que dire alors des malades, qui, sans que leur sécrétion gastrique présente, une acidité exagérée, éprouvent tous les malaises de l'hyperchlorhydrie? Sans doute il faut bien attribuer une part prépondérante, dans la genèse du syndrome, à l'hyperesthésie de la muqueuse; mais le clinicien, appelé à instituer un traitement, aurait le plus grand tort de n'attacher aucune importance à l'acidité du contenu gastrique. Normale, sans doute, au point de vue absolu, elle est exagérée pour le sujet qui souffre, et saturer ou réduire par un alcalin, cette acidité normale est en somme le moyen le plus efficace de calmer les souffrances.

Il faut, d'ailleurs, se rappeler que les « hyperchlorhydriques sans hyperchlorhydrie » sont en somme l'exception, et que presque toujours les douleurs caractérisques de l'hyperchlorhydrie coïncident avec une acidité exagérée de la sécrétion gastrique

Il résulte de cette discussion, que j'ai abrégée le plus possible, que plusieurs facteurs interviennent dans la genèse du syndrome clinique hyperchlorhydrie, l'excès d'activité sécrétoire, qu'il soit d'origine nerveuse, ou lié à un processus du gastrite; la sténose anatomique ou spasmodique de pylore; l'hyperesthésie de la muqueuse vis-à-vis de l'acide chlorhydrique. L'hyperchlorhydrie peut donc être d'origine sécrétoire, mécanique, sensitive. Il importe, avant de prescrire un traitement, de déterminer, dans chaque cas particulier, l'origine de l'hyperchlorhydrie; mais il faut se rappeler que, le plus souvent, dans la pratique, les troubles sécrétoires, mécaniques et sensitifs s'associent, et qu'il y aura presque toujours intérêt à les combattre simultanément.

***

Le traitement de l'hyperchlorhydrie est donc complexe. Je ne veux pas le décrire en détail ici, mais seulement en indiquer les principes et en dessiner les grandes lignes. Il doit répondre aux quatre indications suivantes :

1° Atténuer les manifestations douloureuses;
2° Réduire la sécrétion gastrique;
3° Faciliter l'évacuation normale de l'estomac;
4° Diminuer l'hyperesthésie de la muqueuse.

1° On peut utiliser d'une manière banale, contre les douleurs de l'hyperchlorhydrie, les divers analgésiques, et en particulier l'opium, mais le remède spécifique est le bicarbonate de soude. En saturant l'acidité, il supprime la cause même de la douleur, et il échoue très rarement, à la double condition d'être employé : 1° à dose suffisante; 2° dès l'apparition te même, si cela est possible, immédiatement avant l'apparition présumée des douleurs. Quand on laisse les souffrances devenir aiguës, avant d'administrer le médicament, l'estomac reste parfois douloureux, même après que l'acidité, cause première des douleurs a disparu.

Les alcalins, et le bicarbonate de soude en particulier, ont été, au cours de ces dernières années, accusés de bien des méfaits. Il est certain qu'ils ne guérissent pas l'hyperchlorhydrie, à moins que celle-ci ne soit sous la dépendance d'un état général justiciable de la médication alcaline. Bien au contraire, ils sont, même à haute dose, des excitants de la digestion; mais leur action excitante étant, comme je l'ai démontré avec Lemoine, en raison inverse de la richesse du suc gastrique en acide chlorhydrique, est peu marquée dans l'hyperchlorhydrie, et Reichmann a pu rapporter des observations nombreuses d'hyperchlorhydrique longtemps traités par de hautes doses de bicarbonate de soude, sans qu'il en soit résulté de modification appréciable dans leur sécrétion. Le reproche fait à ce médicament de favoriser le développement de lésions de gastrite ne repose sur aucune observation probante: quant à la crainte de la cachexie alcaline, si redoutée de Trousseau, je ne crois pas que personne la conserve actuellement. En somme, le bicarbonate de soude présente peu d'inconvénients en regard de beaucoup d'avantages, et rien ne justifierait l'exclusion de ce médicament de l'arsenal thérapeutique de l'hyperchlorhydrie.

Les autres alcalins prescrits comme succédanés du bicarbonate de soude ont une action analgésique moins immédiate. On peut les combiner en une formule complexe analogue à la suivante :

Bicarbonate de soude.....	20 grammes
Magnésie calcinée..... ..	5 —
Sous-nitrate de bismuth.....	2 —

On prescrit de cette poudre une demi cuillerée à café (au besoin une cuillerée) un moment avant l'apparition probable des malaises. Renouveler, s'il est nécessaire, l'ingestion d'heure en heure ou de demi-heure en demi-heure jusqu'à la fin de la digestion.

2° De nombreux médicaments ont été employés en

Digitized by Google

vue de réduire la sécrétion gastrique. Il n'en est qu'un dont l'action paraisse incontestable, c'est l'atropine. Les premiers expérimentateurs ne furent guère d'accord à son sujet : tandis que les uns constataient, sous son influence, une diminution de la sécrétion chlorhydrique (Sanozki, Pugliese, Penzoldt, Ferranini, Plessianu, Forlanini), d'autres n'obtenaient de son emploi que des résultats négatifs (Bouveret, Hagen, Leubuscher et Schæfer). Les recherches les plus récentes semblent avoir définitivement démontré la valeur de l'atropine comme modérateur de la sécretion chez l'homme (Riegel, Schiff). Elle doit être employée à assez forte dose (un milligramme par jour) soit au début des deux principaux repas dix gouttes de la solution suivante :

Eau distillée	50 grammes
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 05

On peut encore utiliser les injections sous-cutanées, Il sera bon de commencer par une dose moitié moindre et de s'arrêter s'il apparaît quelque symptôme d'intoxication. Il ne semble malheureusement pas qu'on puisse attendre de l'atropine autre chose qu'une action momentanée. Riegel, malgré l'usage de doses très fortes (jusqu'à 2 milligr. 5), n'a pas obtenu d'effet persistant. Aldor a vu l'action du médicament s'atténuer et disparaître, au cours même d'un traitement un peu prolongé.

A. Robin considère comme dépresseurs de la sécrétion le veratrum viride, la coque du levant, la morphine. Les recherches récentes de Riegel concluant, comme Hayem et en contradiction avec Leubuscher et Schæfer, à une action excitante de ce dernier corps sur la sécrétion gastrique, doivent nous rendre momentanément réservés dans son emploi, chez les hyperchlorhydriques.

3° Dans le but de hâter l'évacuation gastrique, on a prescrit, d'une manière assez irrationnelle, les divers excitants de l'activité musculaire. L'obstacle à l'évacuation étant le plus souvent un spasme du pylore, les anti-spasmodiques sont mieux indiqués. La belladone, l'opium peuvent rendre des services, mais rien ne vaut le bicarbonate de soude, qui, en saturant l'acidité gastrique, fait tomber le spasme par la suppression de la cause qui l'entretient. On l'emploie, comme il a été indiqué plus haut à propos de la médication analgésique, soit seul, soit combiné à d'autres alcalins et à l'opium ; le mieux est de le faire ingérer avec une infusion très chaude : l'action antispasmodique de l'eau chaude est bien connue ; Fiessinger a, dans ce journal même, insisté sur son utilité.

Je dois signaler, parmi les médicaments capables d'activer l'évacuation gastrique, l'huile récemment pronée par Cohnheim. Elle doit être administrée à la dose d'un verre à liqueur au cours de chaque repas. L'huile facilite probablement le passage des aliments à travers le pylore, comme elle facilite le passage d'une sonde dans l'urèthre en lubrifiant les parois ; il est possible qu'elle possède de plus une action antispasmodique : les corps gras sont, d'après des recherches récentes, des modérateurs de la sécrétion chlorhydrique (Pawlow, Lobassow, Wolkowitsch. Akimow-Peretz, Bachmann, etc.); la diminution de l'acidité doit avoir pour conséquence la diminution du spasme. Je n'ai pas l'expérience de cette médication, mais elle me semble pouvoir être tentée sans inconvénient.

Il est inutile de dire que tous ces moyens n'agissent que sur la sténose spasmodique ou sur le spasme qui complique toujours la sténose organique. Contre cette dernière, l'intervention chirurgicale seule est efficace.

4° Bien avant que les travaux récents, auxquels j'ai fait allusion plus haut, aient amené un certain nombre de cliniciens à considérer l'hyperesthésie de la muqueuse gastrique comme le facteur principal de l'hyperchlorhydrie, l'attention avait été attirée sur l'état nerveux des hyperchlorhydriques, et on s'était efforcé de le modifier par l'hydrothérapie générale ou locale. De l'une et de l'autre on peut obtenir de bons résultats. Comme pratique locale, on conseillera l'application sur l'épigastre, pendant la nuit, d'une compresse humide recouverte de taffetas gommé et maintenue par un bandage de corps.

4° L'hyperesthésie est justiciable des médicaments nervins et notamment de la belladone et de l'opium. La belladone a l'avantage de restreindre la sécrétion chlorhydrique ; j'ai dit plus haut que, d'après Riegel, l'opium agirait en sens contraire. Néanmoins j'obtiens généralement de bons effets de l'association des deux substances. Il n'est pas utile, si on veut agir exclusivement sur l'hyperesthésie gastrique, d'employer la belladone à aussi haute dose que lorsqu'on tente de réduire la sécrétion. Je fais habituellement préparer le mélange suivant :

Laudanum de Sydenham....	ãã 10 grammes
Teinture de belladone.....	

Et j'en prescris de dix à vingt gouttes, dans un verre d'eau, au début de chaque repas.

Telles sont les indications principales dans le traitement de l'hyperchlorhydrie. Apprécier, dans chaque cas particulier, à laquelle il faudra donner le plus d'importance est affaire de tact et d'expérience clinique. J'ajoute que, comme tous les dyspeptiques, les hyperchlorhydriques doivent être soumis à une hygiène sévère, et que le régime alimentaire a encore plus d'importance pour eux que le régime médicamenteux. J'ajoute enfin que le médecin ne devra

Digitized by Google

pas s'attaquer exclusivement à l'hyperchlorhydria, mais qu'il devra s'efforcer de modifier le terrain arthritique, nerveux... sur lequel elle s'est développée. Je ne puis, sans développer outre mesure cet article, toucher à ces questions pour l'exposé desquelles je renvoie le lecteur à mon Hygiène du dyspeptique (1).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Des blessures des sinus de la dure-mère

Par le Dr Georges Luys (2)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien aide d'anatomie à la Faculté de Médecine

Traitement. — De même que dans toutes les hémorrhagies il est de règle absolue d'aller rechercher le vaisseau qui saigne, de le pincer et de lier, de même il nous semble que les hémorrhagies intra-crâniennes ne doivent pas échapper à cette indication générale; et lorsqu'il s'agit d'une lésion d'un sinus, il nous paraît formellement indiqué d'aller tarir la source de l'hémorrhagie en s'adressant directement à elle.

D'autant plus qu'il existe dans les épanchements sanguins intra-crâniens une double indication à intervenir, car s'il est nécessaire d'empêcher une perte de sang, il est encore bien plus utile de ne pas laisser se produire la compression cérébrale qui se réaliserait par le fait même de la production de l'épanchement sanguin,

Donc, en présence d'une lésion d'un sinus, nous interviendrons et nous interviendrons hâtivement; car il nous semble que la précocité de l'intervention soit un facteur important dans le bénéfice que peut tirer un malade d'un traitement actif.

En effet, s'il s'agit par exemple d'un enfoncement localisé de la paroi crânienne au voisinage d'un sinus avec ou sans symptôme de paralysie, il est indispensable d'intervenir. Car il est bien démontré que si l'on n'agit pas, le malade est presque fatalement voué soit à des accidents de suppuration interminables, soit à la méningo-encéphalite, soit à la thrombose des sinus. Aussi la conduite du chirurgien, en présence de semblables lésions, sera-t-elle de nettoyer la plaie, de déterger les caillots sanguins, d'enlever les esquilles osseuses ; et s'il existe une lésion sinusienne, de là traiter suivant une des méthodes que nous indiquons plus loin.

De même aussi s'il s'agit d'une lésion d'un sinus avec épanchement sanguin intra-crânien et signe de compression cérébrale, il nous semble que l'intervention n'en soit pas moins indiquée. Car si l'on ne fait rien, le malade est voué à une mort certaine : autant vaut lui faire risquer les chances d'une intervention qui est rationnellement indiquée. Mais dans ce dernier cas, les symptômes observés sont souvent diffus et l'on se trouve fréquemment dans l'embarras pour savoir où il faut trépaner. Il nous semble que le point de repère le plus important soit dans la recherche de la plaie du cuir chevelu. C'est là qu'a porté le traumatisme; c'est là qu'est évidemment le maximum des lésions : c'est là enfin qu'il faut trépaner. C'est du reste l'avis de Gangolphe (1) qui dit : « S'il y a compression cérébrale, il faut trépaner sur la plaie, *au point du traumatisme*, sans se guider sur les localisations cérébrales. »

On appliquera donc à ce niveau une couronne de trépan, on enlèvera les esquilles, on agrandira la plaie osseuse pour bien voir ce que l'on fait: on enlèvera avec soin les caillots sanguins et l'on traitera la lésion sinusienne suivant les moyens indiquée plus loin.

Comment faut-il intervenir ?

Quelles sont les complications et les accidents qui peuvent survenir au cours d'une intervention?

Telles sont les deux questions que nous avons à résoudre.

I. — Technique opératoire. — De tous les procédés qui ont été préconisés pour l'opération du trépan, il nous semble que le meilleur et celui qui nous paraît le plus rapide est celui-ci : après avoir rasé la tête et soigneusement désinfecté le cuir chevelu, on incise au bistouri un grand lambeau demi circulaire, on rabat le grand lambeau cutané ainsi délimité et on applique une ou deux couronnes de trépan. Ceci fait, on réunit les orifices trépanés avec la pince gouge et on agrandit encore l'orifice suivant les besoins. De cette manière, on voit clairement ce que l'on fait et l'on peut aisément constater les lésions. On se rend compte d'un épanchement extra dure-mérien, on peut le nettoyer, le déterger et l'enlever. Ou bien, si l'on n'en trouve pas, il est facile d'inciser la dure-mère et d'explorer la cavité arachnoïdienne.

Mais lorsque nous nous trouvons en présence d'une lésion d'un sinus, quels seront les moyens mis à notre disposition pour arrêter l'hémorrhagie? Ce seront :

1° La compression digitale ;
2° Le tamponnement à la gaze ;
3° La forcipressure à demeure ;
4° Le bourrage au catgut ;
5° La ligature ;
5° La ligature latérale.

Quoi qu'il en soit, comme en présence d'une hé-

(1) Linossier. Hygiène du dyspeptique. Paris, 1900.
(2) Suite et fin (Voir *Journal des Praticiens*, n° 49).

(1) Gangolphe, *Pr. médicale*, 5 mars 1898.

Digitized by Google

morrhagie sinusienne, il est avant tout urgent d'agir promptement, on fait d'abord comme on peut, et tantôt on utilise la compression digitale, tantôt on tamponne, tantôt on pince. Puis, lorsqu'on est maître de son champ opératoire, il semble que la meilleure conduite à tenir est celle qui a été adoptée par Schwartz et qui consiste à faire la *ligature latérale* de la paroi sinusienne. Cette ligature sera faite ou au catgut ou à la soie, soit avec une petite aiguille de Reverdin, soit avec une fine aiguille de Hagdorn.

De cette façon, il n'y aura à craindre ni hémorrhagie secondaire, ni embolie, ni compression cérébrale comme dans les autres modes de traitement.

Voici d'ailleurs quelques observations qui montreront nettement la conduite à tenir.

Ruptures du sinus longitudinal supérieur

Observation I (inédite). — Morestin. *Fracture du crâne avec enfoncement par coup de bâton. Hémiplégie. Trépanation.* — Mme L..., 51 ans, est entrée le 12 septembre 1898, à 10 heures du matin, salle Lenoir, n° 24. Elle a été blessée la veille dans la nuit. Elle avait reçu, dit-elle, car elle parle fort bien, des coups de manche à balai sur la tête ; à d'autres, elle a dit de bâton ferré, ce qui est plus probable. Un coup surtout a été plus violent que les autres et a déterminé une blessure d'où le sang a jailli abondamment. La blessée n'aurait pas perdu connaissance, mais après s'être sentie faible pendant un laps de temps qu'elle ne peut déterminer, elle aurait constaté que peu à peu son bras et sa jambe gauches devenaient mobiles et flasques. Nous la trouvons pâle et affaiblie, mais souffrant peu de la tête et donnant au commissaire de police des détails sur l'accident, les donnant même avec une telle facilité que ce magistrat fut très surpris d'apprendre qu'il s'agissait d'une blessure grave.

Il existe une plaie du cuir chevelu, plaie de 4 centim. ou 5 allongée, un peu oblique d'arrière en avant et de gauche à droite, plaie à bords mâchés et contus. Cette plaie laisse s'écouler constamment du sang ; elle est occupée par un caillot qui en voile les parties profondes. Pas de douleur au voisinage par la pression, pas d'écoulement par le nez ou les oreilles, ni d'ecchymose conjonctivale, ni de troubles dans les mouvements des yeux, ni de troubles de la vue.

Les traits ne sont pas déviés ; les paupières se ferment facilement et complètement ; les commissures sont symétriques quand la malade parle, la langue n'est pas déviée. La malade se plaint de douleurs du côté de la nuque et de la partie antérieure du cou. L'exploration reste négative en ces régions. Le membre supérieur et le membre inférieur gauches sont inertes, flasques, complètement paralysés et la malade ne peut leur imprimer aucun mouvement.

Je pense immédiatement à de la compression cérébrale par du sang épanché, à de l'hémiplégie sous la dépendance du traumatisme, et j'admets qu'il y a sans doute une fracture qui a déterminé la lésion vasculaire et cérébrale. Toutefois je laisse de côté l'exploration directe de la plaie, jugeant d'ores et déjà l'intervention nécessaire et me proposant de la faire comme premier temps de l'opération. Une heure après je taille un grand lambeau par une incision qui utilise la plaie. Peut-être aurait-il mieux valu laisser la plaie au centre du lambeau bien que j'aie eu ici un champ spacieux et très suffisant pour mon opération.

Mais en chirurgie crânienne il est bon de voir un peu à distance autour du point où l'on agit. Je trouve un enfoncement du crâne sur une étendue de 4 centim. dans le sens antero-postérieur, de 3 dans le sens transversal, cette partie enfoncée présentant un aspect rectangulaire. Des cheveux souillés de sang sont enfoncés en grande quantité entre la plaque enfoncée et les bords de la perte de substance du crâne dont elle a été séparée. Cette plaque enfoncée est elle-même composée de plusieurs fragments entre lesquels filtre le sang.

Je nettoie, ôte les paquets de cheveux, puis soulève avec prudence les fragments et les ôte successivement en commençant par les plus petits. Quelques-uns ne comprennent qu'une des tables de la paroi crânienne. A mesure que j'ôte des fragments, le sang vient plus abondamment et quand je fais sortir le dernier et le plus large, il se produit une formidable hémorrhagie de sang noir. Il est impossible de rien voir et de rien pincer, le sang jaillit de dessous le bord interne de la baie crânienne. J'en conclus qu'il faut tamponner primitivement et agrandir rapidement la perte de substance pour tâcher de s'orienter et de voir. Nous ne devons pas être loin du sinus longitudinal et les lacs veineux qui le flanquent, en étendent la largeur et en font pour ainsi dire partie. Donc, gaze iodoformée, et à la pince gouge j'agrandis en avant, en bas, en arrière et en dedans. Le sang jaillit considérablement par un double orifice de la dure-mère et par un autre plus en arrière que ce dernier. Il me paraît répondre à des veines sinusiennes. En ces points la membrane est bien mince et bien facile à déchirer.

Les esquilles infléchies bouchaient ces solutions de continuité. C'est ce dont il s'agit manifestement pour l'orifice saignant postérieur. Pour l'antérieur, le sang paraît venir de l'intérieur de la dure-mère. J'ouvre au bistouri cette membrane et tombe dans un foyer considérable de bouillie cérébrale d'où je fais sortir des caillots, des morceaux de cerveau et d'où je vois le sang s'écouler en quantité. Après une légère compression j'inspecte : le sang vient des veines du cerveau ; elles ont été intéressées par le traumatisme au moment où elles deviennent sinusiennes. Des pinces sont appliquées sur elles et la dure-mère est pincée en masse. Le sang est arrêté, il n'y a plus que des suitements peu inquiétants. Je bourre le foyer de bouillie avec de la gaze iodoformée ; chose étrange, il faut la maintenir au contact, car elle est constamment comme chassée par le cerveau. Le pouls a un peu faibli ; piqûre d'éther et injection du sérum. La ligature régulière des veines étant impossible, j'essaie de les lier en passant des anses de catgut dans l'épaisseur de la dure-mère. C'est en vain. Il y a là une telle richesse de circulation sinusienne que chaque point d'aiguille crée de nouvelles pertes de sang. Je juge inutile de prolonger ces dangereuses tentatives, ma malade n'ayant pas beaucoup de sang à perdre. Tout près je sens le gros sinus singulièrement plus gros qu'on ne le croirait quand on ne l'a vue que sur le cadavre. Je me résigne à laisser des pinces à demeure sur la dure mère : il y en a cinq, trois seulement sont utiles, mais il n'y a pas de temps à perdre et je bourre de gaze. Je réunis la plaie en avant et en arrière et je laisse au milieu un cratère d'où sortent pinces et mèches de gaze. Turban.

Pendant l'opération la malade a spontanément remué le bras gauche. Mort à 4 heures du soir.

Autopsie judiciaire par Socquet. Nous avons demandé au médecin légiste les résultats de son autopsie et il nous a dit qu'en dehors du foyer de bouillie cérébrale sur le lobe droit il n'y avait sur le cerveau aucune autre lésion cérébrale à noter.

Digitized by Google

Obs. II. — Audion. *Blessure du sinus longitudinal supérieur. Trépanation. Guérison* (observation inédite). — Le 28 février 1899, un malade âgé de 25 ans se présentait à pied à l'hôpital Beaujon. Deux heures auparavant, il venait d'être victime d'un accident au cours duquel il avait reçu une pierre sur la partie postérieure du crâne. Il fut alors examiné par l'interne de garde, M. Bacaloglu, qui reconnut que le cuir chevelu était déchiré sur une longueur de 3 centimètres, un peu à côté de la ligne médiane. Le malade était sain d'esprit, ne saignait pas, et ne présentait aucune réaction ni méningée, ni cérébrale, sauf un peu d'hébétude. L'interne de garde se prépara a nettoyer la plaie puis à la recoudre, lorsqu'il s'aperçut de la présence d'un petit enfoncement grand comme une pièce de 50 centimes. Il appela alors le chirurgien de garde, M. le docteur Mauclaire. Celui-ci enleva alors au trépan une rondelle, et ayant découvert le sinus longitudinal supérieur, il s'aperçut qu'il était ouvert et donnait abondamment. Il plaça 3 pinces sur l'incision du sinus qui n'avait que quelques millimètres et les laissa à demeure. Il n'y avait aucun épanchement entre le crâne et la dure-mère. Les pinces ont été enlevées, deux quatre jours après, et la dernière six jours après. Le malade va actuellement très bien : un peu de suppuration superficielle. Il se promène dans la salle, parle, mange ; pas d'hémorrhagie secondaire.

Rupture du sinus latéral

Obs. III. — Georges Luys. *Fracture du crâne. Rupture du sinus latéral (Bulletin de la Société anatomique*, juin 1898).

Le 29 mai 1898 arrivait, dans le service de M. le professeur Le Dentu, un blessé au nom de Charles Ch..., âgé de 38 ans.

Ce malade était dans le coma. Il était amené par un agent, lequel nous raconte l'accident dont vient d'être victime le blessé. Celui-ci, se trouvant sur l'impériale d'un omnibus, se disposait à descendre, il était encore en haut de l'escalier lorsqu'un cahot de la voiture lui fit perdre pied et le fit tomber à la renverse. Sa tête porta alors sur les marches de l'escalier et il glissa ainsi sur la plate-forme de l'omnibus, chaque marche faisant subir un nouveau traumatisme à la tête.

A son entrée salle Malgaigne, le malade était sans connaissance, sa respiration était régulière, non stertoreuse, mais lente et profonde, son pouls était normal. Il perdait abondamment du sang par l'oreille droite.

Le lendemain, l'otorrhagie n avait pas cessé. De plus, il existait en même temps une hyperesthésie généralisée et une agitation des quatre membres. C'est en présence de l'abondance de l'hémorrhagie, en dépit de la discordance que venait d'apporter au tableau clinique l'agitation incessante des quatre membres, que l'intervention chirurgicale fut décidée par M. Le Dentu.

La trépanation fut faite par M. le Dr Morestin, chirurgien des hôpitaux. Deux couronnes de trépan furent appliquées sur l'écaille du temporal droit et les orifices agrandis à la pince gouge. Durant cette opération, on remarque l'existence d'un trait de fracture oblique qui semble raser la base du rocher ; de plus, une esquille osseuse est retirée.

La dure-mère étant incisée et d'abondants caillots de sang étant évacués, un fort tampon de gaze iodoformée est appliqué sur le sinus latéral perforé et l'otorrhagie s'arrête.

Pendant la journée, le malade est un peu plus calme ; il entend quand on l'interpelle et suit des yeux les personnes qui l'approchent. Il n'y a aucune paralysie des muscles de l'œil.

Le 1er juin, le malade succombe.

Autopsie. — L'examen du cadavre montre une ecchymose mastoïdienne droite et une ecchymose oculo-palpébrale double, mais surtout marquée du côté gauche.

La circonférence de la voûte crânienne étant sciée et la partie supérieure de celle ci étant détachée, on est frappé par l'énorme quantité de sang qui est épanché sur tout l'encéphale et qui voile presque complètement la vue de circonvolutions. L'épanchement sanguin semble être plus considérable du côté droit. Il existe à ce niveau de nombreux caillots qui sont situés tant entre l'os et la dure-mère dans toute la zone décollable, que sous la dure-mère.

L'épanchement est donc extra-dure-mérien intra-dure-mérien et sous-piemérien.

La dure-mère est déchirée au niveau de la fosse cérébrale droite et la déchirure s'étend obliquement jusqu'au niveau de la partie supérieure du sinus latéral droit qui est largement ouvert et béant dans une étendue d'au moins 1 centimètre. De plus, dans la région pariétale droite il existe, au niveau du trait de fracture que nous décrirons tout à heure, un véritable pincement de la dure-mère dans une étendue d'un centimètre et demi. La méninge est là enclavée et fixée par le trait de fracture même.

L'encéphale est entièrement recouvert par un épanchement sanguin qui occupe non seulement toute la face externe des circonvolutions, mais empiète aussi sur la face interne du cerveau, au-dessus du corps calleux. Les couches optiques sont saines. Aucun épanchement dans les ventricules latéraux ou dans le quatrième ventricule. Rien dans la capsule interne. Sur le lobe temporal droit existe, au niveau du point qui a subi le traumatisme, une portion de substance cérébrale absolument réduite en bouillie.

Le trait de la fracture commence sur la partie latérale du pariétal gauche, à 4 ou 5 centimètres de la ligne médiane. Il s'étend obliquement de haut en bas et de gauche à droite, de manière à franchir la ligne médiane et à croiser la face interne du pariétal droit ; il se dirige ensuite sur l'écaille du temporal et aboutit au niveau de la base du rocher droit.

Sur le rocher droit existent, outre les taches ecchymotiques multiples siégeant sur la face supérieure du rocher, deux fractures distinctes. L'une est une fracture perpendiculaire à l'axe du rocher au siège près de la pointe de cet os qui est isolé et mobile dans une étendue d'un centimètre environ ; l'autre est une fracture parallèle à l'axe du rocher. Elle est constituée par deux traits de fracture se rejoignant par les deux extrémités, en isolant ainsi une lamelle osseuse qui correspond précisément à la voûte de la caisse du tympan. C'est évidemment grâce à cette solution de continuité que le sang du sinus latéral, filtrant sur les côtés de la lamelle osseuse, a pu pénétrer dans l'oreille moyenne et sortir ensuite par le conduit auditif grâce à la perforation de la membrane du tympan.

Il n'existe aucune autre fracture dans l'étage postérieur.

Dans l'étage antérieur, il existe une petite fracture à distance située sur la partie latérale de la bosse orbitaire gauche du frontal. On trouve là une solution de continuité de la dimension d'une lentille par laquelle un stylet introduit pénètre dans la partie supérieure de l'orbite. C'est ce qui explique l'hématome péri-orbitaire. La lamelle osseuse, enlevée à l'emporte-pièce, qui recouvrait cette petite fracture, est adhérente à la dure-mère.

Aucun nerf crânien ne paraît lésé.

Réflexions. — Cette fracture, qui en somme est une fracture prolongée de la voûte à la base du crâne, est intéressante à plus d'un titre. Deux faits doivent surtout y être relevés :

Digitized by Google

D'une part, le pincement de la dure mère par le trait de fracture est un fait extrêmement rare et que nous n'avons vu signalé dans aucune observation. Le mode de sa production doit être évidemment lié à l'excès de pression intra-crânienne due à l'épanchement sanguin si abondant.

D'autre part, la fracture à distance que nous avons signalée sur la bosse orbitaire gauche du frontal mérite d'être signalée. Cette fracture, faite comme à l'emporte-pièce, était recouverte par un petit fragment osseux resté adhérent à la dure-mère.

Elle semble devoir être rapportée également à la compression de toute la boîte crânienne par l'épanchement sanguin. Car c'est en effet au niveau du point le plus mince de la paroi que celle-ci a éclaté.

Ensuite, bien qu'il y eût une énorme quantité de sang épanché, il n'y avait, au point de vue clinique, ni ralentissement du pouls, ni respiration stertoreuse.

L'intervention chirurgicale qui a été pratiquée pour arrêter l'otorrhagie, a permis de se rendre compte de l'origine de l'hémorrhagie qui venait du sinus latéral et de tamponner efficacement ce vaisseau rompu.

La disposition des fragments de la fracture du rocher droit nous permet du reste de bien comprendre la voie suivie par le sang du sinus latéral. Le liquide sanguin a filtré sur les côtés de la lamelle osseuse détachée au niveau du segment tympanique et a pénétré de là dans l'oreille moyenne pour s'écouler au dehors par le conduit auditif externe.

Enfin la fracture du rocher est essentiellement classique dans son mécanisme et dans sa disposition : dans son mécanisme, puisqu'elle succède à un traumatisme exercé sur le temporal, traumatisme affirmé par la bouillie cérébrale du lobe temporal correspondant du cerveau ; dans sa disposition, puisque les traits de deux fractures observées correspondent bien l'une à la fracture parallèle, l'autre à la fracture perpendiculaire du rocher.

Formulaire du Praticien

Emploi du persulfate de soude ou persodine. — C'est un oxydant énergique, d'une toxicité assez élevée ; son action paraît supérieure à celle des sels de vanadium et d'arsenic. Il a été experimenté en Allemagne par Friedlander. D'après M. Nicolas (*Soc. biologie*, 28 août 90), il est toxique à la dose de 0,40 par kilog. chez le lapin, de 0,75 à 1 gramme par kilog. chez le chien en injection intra-veineuse. Par voie sous-cutanée, il est toxique à la dose de 0,25 par kilog. chez le cobaye. On observe constamment de l'abaissement thermique. La même dose est toxique par voie gastrique chez les animaux. Il convient de signaler l'action antithermique manifeste et constante pouvant déterminer jusqu'à 4°3 d'abaissement de température.

M. Nicolas (*Soc. biologie* 12 mai 1900) avait antérieurement constaté aussi que le persulfate de soude à très faibles doses n'entrave que faiblement les digestions artificielles. Aux doses un peu élevées, il les gêne de plus en plus et les quantités de glucose ou de peptone sont très amoindries.

Le même auteur (*Province méd.* 19 mai 1900), a étudié l'influence de la persodine sur la nutrition chez des cobayes, des lapins, des chiens, et, au point de vue thérapeutique, chez l'homme. Il la donne à la dose de 0,15 à 0,30 centigrammes par jour, assez longtemps avant le repas, chez des malades en convalescence de maladies aiguës ou tuberculeux et il a observé de l'augmentation de l'appétit, de la facilité des digestions, de l'augmentation de poids. Donc, la persodine paraît être un médicament apéritif, eupeptique et améliorant l'état général.

M. Garel (*Province méd.*, 1900, n° 42 et *Bull. méd.* 22 août 1900), n'a rien observé le 1er jour de l'administration du médicament, exceptionnellement dans les 48 premières heures, de la diarrhée légère cédant rapidement. Du 2° au 3e jour, on observe un besoin impérieux de manger ; la digestion s'accomplit avec une facilité extrême, les forces augmentent. Il ne faut pas continuer la persodine plus de 3 à 4 semaines. L'action est bienfaisante chez les tuberculeux peu avancés, mais nulle chez les cavitaires. En somme. M. Garel conclut à l'efficacité réelle du médicament.

Au point de vue chimique et pharmacologique voici quelques notes qui nous ont été fournies par M. Guillaumin :

Le persulfate de soude s'obtient dans l'électrolyse du sulfate additionné d'acide sulfurique. Jusqu'à ces derniers temps, il n'était employé qu'en photographie pour enlever l'hyposulfite de soude.

Le persulfate de soude chimiquement pur se présente sous la forme de cristaux incolores, très solubles dans l'eau, de saveur saline ; il mérite d'attirer l'attention à cause de son pouvoir antiseptique et antithermique, mais c'est surtout par son action apéritive qu'il doit prendre place en pharmacologie. Il s'emploie à la dose de 0 gr. 20 chez l'adulte et on l'administre un quart d'heure avant le principal repas. Chez l'enfant on doit naturellement réduite cette dose selon l'âge.

On suspend ordinairement le traitement au bout de 3 ou 4 semaines pour éviter l'accoutumance et on prescrit de nouveau l'emploi si l'appétit vient à faiblir. Le seul inconvénient du médicament est l'apparition, assez rare d'ailleurs, dans les premières quarante-huit heures, d'une diarrhée légère.

On pourra prescrire :

Persulfate de soude.....	1 gramme
Sirop d'éc. d'oranges amères...	30 —
Eau distillée.....	60 —

Une cuillerée à soupe = 0 gr. 20.

ou encore :

Persulfate de soude.....	2 gr. 50
Eau distillée.....	375 grammes

Une cuillerée à soupe = 0 gr. 10 avant chaque repas.

Il existe dans le commerce sous le nom de « persodine » une solution de ce médicament employée en photographie.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Présentation d'un nouveau biberon gradué

Réflexions sur la graduation physiologique des biberons et sur l'utilité d'inscrire sur le verre les quantités de lait pour chaque tétée, variant suivant l'âge des enfants

Tous les médecins qui surveillent l'allaitement artificiel des jeunes enfants, ont pu reconnaître, comme nous, l'insuffisance des biberons communément maniés.

Depuis cinq ans, nous avons organisé à Belleville, une distribution de lait stérilisé avec inspection hebdomadaire et pesée des nourrissons. Chaque année, nous avons fait élever sous notre surveillance, 100 à 150 enfants et nous avons déjà fait distribuer 160.000 litres de lait stérilisé.

Durant cette longue expérience, nous avons pu apprécier les imperfections et les lacunes de l'instrumentation usitée pour l'allaitement artificiel, et nous sommes arrivés à penser que si les mères échouaient si souvent, dans les deux ou trois premiers mois surtout, en maniant le biberon, c'est qu'elles ignoraient absolument comment on devait le charger, et quelle quantité pour chaque tétée il convenait de faire prendre à l'enfant, suivant son âge.

Il ne faut pas oublier que la capacité physiologique de l'estomac des nouveau-nés, triple en l'espace de six à huit semaines, passe de 30 gr. à 90 gr., et qu'il n'est pas indifférent de donner l'une ou l'autre de ces quantités de lait dès la naissance.

Lorsqu'on manie le lait stérilisé de bonne qualité, un des principaux écueils à éviter, est la suralimentation.

Le nourrisson élevé à la bouteille, boit, en général, trop vite; il extrait trop aisément le lait par les trous de la tétine, et n'ayant pas la sensation d'être repu, il absorbe une quantité excessive de lait, si on lui laisse le biberon à discrétion.

L'enfant régurgite alors à chaque tétée, puis, plus tard, il vomit; les vomissements se répètent, et l'estomac, au bout de peu de temps, est dilaté, forcé et tout à fait intolérant; les troubles gastro-intestinaux graves, consécutifs à la suralimentation apparaissent.

Les mères, désespérées de voir que leur enfant ne prospère pas, augmentent les rations de lait, quand il faudrait les diminuer, et la suralimentation ainsi prolongée, produit des effets peu différents de l'inanition.

C'est pour prévenir ces accidents si fréquents que nous proposons de mettre entre les mains des mères une bouteille graduée physiologiquement qui pourrait leur servir de guide quotidien en lisant les chiffres inscrits sur le verre.

Les flacons des appareils de Soxhlet et de Gentile portent bien des chiffres indiquant leur contenance, mais ces chiffres sont muets pour les mères et les nourrices; elles ne savent pas s'il faut charger le biberon à 30 gr., à 60 gr., ou même à 100 gr, pour un enfant qui vient de naître.

Cependant, les notions acquises sur les variations de capacité physiologique de l'estomac des enfants normaux, ont une précision suffisante pour qu'on ait dressé des tableaux indiquant la quantité de lait pour chaque tétée, variant suivant l'âge de l'enfant; il n'est pas d'ouvrage sur l'allaitement qui ne contienne un tableau de ce genre; c'est ce tableau que je propose d'inscrire directement sur le verre des biberons.

Il est bon de rappeler ici les noms des observateurs les plus autorisés qui, par des méthodes très exactes, sont arrivés à déterminer les variations de la capacité gastrique des jeunes enfants, et, en particulier, ceux de Frolowski, de Ssnitkin (de St-Pétersbourg), de Fleischmann (de Vienne), de Emmet Holt (de New-York), de Morgan Rotch (de Boston), et plus récemment, de Escherich (de Gratz).

Il serait superflu d'entrer ici dans le détail des recherches de ces auteurs; qu'il nous suffise d'ajouter que les chiffres auxquels ils sont arrivés sont à peu près concordants.

Le tableau ci-dessous reproduit les chiffres moyens de la capacité gastrique variant avec l'âge chez les enfants normaux; c'est celui auquel je me suis arrêté et dont j'ai contrôlé maintes fois la valeur pour l'élevage des enfants.

1re	semaine.....	30 gr.
2e	—	45 gr.
3e	—	60 gr.
4e	—	75 gr.
6e	—	90 gr.
9e	—	105 gr.
3e	mois	120 gr.
4e	—	135 gr.
5e	—	160 gr.
7e	—	180 gr.
9e au 12e	—	200 gr. à 220 gr.

C'est ce tableau qui est inscrit sur le verre des bouteilles que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie de Médecine.

On y a ajouté sur les côtés les intervalles des té-

Digitized by Google

tées : toutes les 2 heures, toutes les 2 1/2, toutes les 3 heures, et le nombre des tétées, celles-ci devant être plus espacées et plus rares à mesure que l'enfant avance en âge.

Nous nous sommes assuré par une expérience de plusieurs années, sur 700 à 800 nourrissons, qu'un tel instrument mis entre les mains des mères ne peut avoir que des avantages, et n'a pas d'inconvénients sérieux.

De plus, ce biberon nous a permis de fragmenter commodément les bouteilles de 1/2 litre de lait stérilisé industriellement, que nous manions au Dispensaire de Belleville. En consultant les inscriptions sur le verre, les mères ont prélevé sur le demi-litre la ration physiologique de leur enfant.

Notre consultation de nourrissons est tellement nombreuse, 120 à 150 enfants, qu'il nous serait impossible, avec les ressources dont nous disposons, de distribuer des jeux de bouteilles de Soxhlet.

Le biberon gradué physiologiquement a donc grandement facilité l'emploi du lait embouteillé dans des demi-litres, et sa bonne répartition.

Ces avantages bien établis, je dois répondre à une critique, non sans valeur, faite à la graduation des biberons selon l'âge des nourrissons. On a dit justement que les enfants débiles en naissant, ou ceux qui le deviennent par suite de mauvais soins ou de maladies diverses, ne devaient plus recevoir les quantités de lait à chaque tétée, correspondant à l'âge d'enfants normaux et de poids moyen, et que le médecin seul pouvait apprécier les variations nécessaires dans les tétées suivant chaque cas. Il faut convenir que le rôle du médecin s'impose dans ces circonstances, mais les enfants débiles ou malades qui échappent aux règles ordinaires de l'allaitement, ne forment, après tout, qu'une minorité.

Comme nous avions au Dispensaire de Belleville un assez grand nombre d'enfants atrophiques, qu'on nous amenait parce qu'ils étaient retardés dans leur développement, j'ai fait construire pour ces enfants atrophiques une bouteille spéciale, graduée suivant le poids de l'enfant, partant de cette idée que la ration alimentaire doit être proportionnée au poids et non à l'âge. Mais l'expérience n'a pas confirmé cette vue de l'esprit.

Les atrophiques sont des petits convalescents qui, en général, consomment plus de lait que les enfants sains de poids égal; ils ont besoin de réparer leurs pertes ; et si on veut les faire augmenter de poids, il faut leur donner des rations assez élevées. Les atrophiques se rapprochent des enfants nés prématurément, qui, d'après M. Budin, prennent au sein des quantités de lait bien plus élevées que les enfants normaux proportionnellement à leur poids.

Enfin, si à Paris, dans nos consultations, les mères connaissent le poids de leur enfant, il n'en est pas de même dans les campagnes, et des inscriptions de quantités en regard du poids de l'enfant seraient lettre morte. Toutes les femmes connaissent l'âge de leur enfant, bien peu connaissent son poids.

Pour toutes ces raisons, j'ai renoncé à l'emploi de la bouteille graduée suivant le poids de l'enfant; cette graduation suivant le poids est d'une rigueur plus apparente que réelle, et n'a pas été d'un grand secours pour les cas où le biberon gradué suivant l'âge ne trouvait pas son application.

C'est après tous ces essais, toutes ces expériences remontant à cinq ans, que je me suis décidé à présenter les bouteilles graduées suivant l'âge des nourrissons, aux membres autorisés du Congrès International de Pédiatrie, de 1900. Tous ont été d'accord pour reconnaître l'utilité de ces inscriptions sur le verre. J'ai aussi l'espoir que l'Académie estimera que cette graduation physiologique des biberons constitue un progrès dans l'art de l'allaitement artificiel.

Ai-je besoin de faire remarquer que les chiffres indiquant les rations de lait suivant chaque âge, n'ont rien d'absolu !

Les indications inscrites sur le verre serviront de guide approximatif pour charger le biberon. Le tableau inscrit sur le verre est, si l'on veut me permettre une comparaison vulgaire, analogue à un patron qui servirait à tailler le vêtement d'un enfant.

Il y a quelques différences dans la taille des enfants du même âge, mais à quelques centimètres près, le patron servira toujours pour faire la coupe. — De même, le biberon gradué physiologiquement, permettra de fournir au nourrisson la ration de lait convenable, à quelques grammes près, pour chaque tétée. — G. Variot, *médecin de l'hôpital des Enfants malades* (1).

DERMATOLOGIE

Traitement de l'eczéma chez les enfants. — Peu d'affections sont aussi rebelles et aussi désespérantes par leur répétition que l'eczéma. Quand cette affection atteint dès son enfance un sujet d'hérédité arthritique, qu'elle reparaît à chaque printemps, la plupart des traitements locaux sont essayés en pure perte. Le régime et l'hygiène ont seuls quelque influence sur la diathèse. C'est donc par les prescriptions hygiéniques qu'il faut commencer le traitement. On ordonnera la vie au grand air, des exercices modérés, des bains fréquents, du massage, des fric-

(1) Acad. de Méd.

Digitized by Google

tions sèches sur le corps dans l'intervalle des poussées d'eczéma.

On prescrira un régime surtout végétarien, dont on exclura complètement les viandes faisandées, la charcuterie, le poisson, les crustacés, les mets épicés, les fromages forts, on défendra le vin, les liqueurs, le café, pour ordonner l'eau pure ou le lait coupé d'eau de Vals en boissons.

Ce sont là prescriptions banales, auxquelles il faut ajouter suivant les cas des prescriptions spéciales indiquées par Ch. Warrenne Allen (*The New York Medical Journal*, 1er avril 1899).

Dans l'eczéma sec du cuir chevelu, on fera appliquer une légère couche de la pommade suivante :

Résorcine.....	0 gr. 50	à	1 gramme
Soufre lavé.....	2 —	à	4 —
Lanoline.....	5 —	à	10 —
Axonge.....	100 grammes		

Dans l'eczéma séborrhéique, après avoir fait tomber les croûtes par des cataplasmes d'amidon, on peut employer :

Acide salicylique.....	0 gr. 20 à 0 gr. 50
Oxyde de zinc.....	10 grammes
Poudre d'amidon.....	10 —
Teinture de benjoin composée.	10 —
Axonge	100 —

S'il y a des troubles intestinaux, si l'enfant est anémique, on fait prendre deux fois par jour dans du lait un des paquets suivants :

Calomel	0 gr. 006
Carbonate de fer granulé.....	0 — 03
Sucre en poudre.....	0 — 12

Aux enfants déjà grands, on peut prescrire trois cuillerées à café par jour de :

Peptonate de fer.....	0 gr. 60
Elixir de calisaya.....	30 grammes

Dans les formes rebelles, on fera des onctions avec :

Résorcine.....	1 gramme
Goudron	2 —
Carbonate de zinc..... } Oxyde de zinc..... }	àà 10 —
Lanoline.....	50 —
Axonge	100 —

Si les démangeaisons sont excessives, si l'enfant est indocile et se gratte la peau, on recouvrira la face d'un masque de toile percé de trous pour les yeux, le nez et la bouche, et enduit de pommade.

Enfin dans les eczémas ano-génitaux, Allen recommande des lavages avec une solution de bleu de méthylène à 3 p. 100.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Aérothérapie médicamenteuse dans la phtisie. — Il est souvent utile dans les maladies des voies respiratoires pour ne pas fatiguer les organes digestifs et pour agir directement sur la muqueuse malade de faire absorber les médicaments par inhalation. A cet égard le traitement antiseptique de la phtisie proposé par R. Couëtoux, sans avoir rien de spécifique, mérite d'être retenu.

L'appareil employé par l'auteur se compose d'un pot auquel on adapte un tuyau coudé : le pot placé sur le feu est rempli d'eau et d'une mixture antiseptique; le tuyau s'ouvre dans l'espace relativement clos formé par les rideaux fermés du lit du malade.

Au début on fera des fumigations avec une cuillerée à soupe de la mixture suivante :

Créosote de hêtre.....	20 grammes
Teinture d'encalyptus.....	50 —
Alcool.....	150 —

Plus tard on se servira de la mixture suivante :

Acide lactique.....	20 grammes
Acide benzoïque.....	30 —
Alcoolat de mélisse	50 —
Alcool	100 —

E. L. M.

OBSTÉTRIQUE

L'expression du fœtus par la paroi abdominale. — Dans un travail très intéressant (Thèse Paris, 1900) notre collègue Keim décrit une manœuvre obstétricale qu'il a étudiée au point de vue clinique et expérimental dans le service de M. Bonnaire, l'expression du fœtus par l'abdomen.

Cette méthode qui se rapproche de l'expression dans la délivrance dite méthode de Crédé, n'est pas absolument nouvelle; Kristeller le premier, en 1867, l'indiqua. Quelques auteurs allemands s'en occupèrent dans la suite, mais cette manœuvre ne fut guère de mode en France malgré la thèse de Suchard, 1872, qui essaya de la vulgariser.

Kristeller décrit ainsi le manuel opératoire : « Il faut faire coucher la femme sur le dos et se placer à côté de son lit, après avoir exactement délimité par le palper et la percussion la forme de l'utérus, l'isoler des organes avoisinants en écartant les anses intestinales; quand il est trop en avant ou trop de côté on le poussera dans l'axe du détroit supérieur, puis on le saisira avec des mains sèches, dont le bord cubital sera dirigé vers le bassin et la face palmaire appliquée sur le fond ou sur les côtés de l'utérus, mais seulement sur sa moitié supérieure.

Digitized by Google

Le pouce devra rester sur sa face antérieure. Puis rapprochant les uns des autres les doigts qui étaient plus ou moins écartés, on cherchera autant que possible à les faire passer en arrière de l'utérus.

Les mains devront être à égale hauteur et non pas, comme dans la méthode de Wigand, placées l'une plus haute que l'autre.

On pressera alors légèrement les parois abdominales contre l'utérus à l'endroit saisi; puis maintenant toujours les mains à la même place, on exercera une pression légère qu'on augmentera graduellement; après avoir continué cette pression pendant un certain temps, il faut la diminuer peu à peu.

Les pressions sur le fond de l'utérus doivent être dirigées de haut en bas, tandis que celles sur les parois latérales convergeront vers l'axe de l'organe de la gestation. »

L'auteur exerce des pressions pendant les contractions ou dans leurs intervalles, alors que la plupart des accoucheurs n'interviennent que pendant la contraction; d'ailleurs, comme le remarque Keim, très souvent, l'absence de contractions, un utérus flasque rendent l'expression impossible.

M. Bonnaire et son élève Keim n'ont pas recours à l'anesthésie chloroformique, ils opèrent de la façon suivante : « Pour exprimer le fœtus nous nous plaçons à côté de la parturiente, à la hauteur du thorax. La vessie et le rectum sont préalablement évacués. Les contractions sont-elles espacées, nous cherchons à les provoquer par des frictions abdominales, qui ont l'avantage d'apprivoiser peu à peu la femme et de la préparer à la pression des mains. Dès le début de la contraction, avant la douleur, nous empaumons le fond de l'utérus, les mains largement étalées l'une à côté de l'autre : sans chercher comme Kristeller, comme Breisky, à passer en arrière sur la face postérieure de l'organe, nous pressons de haut en bas et un peu en arrière vers la base du sacrum; en même temps, la femme fait des efforts et pousse d'autant plus volontiers qu'elle sent qu'on l'aide et qu'on lui fait espérer une délivrance rapide. Nous nous arrêtons en même temps que la contraction, à moins que la partie fœtale étant à la vulve, il suffise d'un supplément de pression pour l'expulser. Dans ce cas, sans attendre la suivante, nous prolongeons la contraction pour éviter une nouvelle fatigue à la femme. Ce prolongement de la contraction par l'expression est d'autant plus facile et suivi de succès, que la femme est pluripare et surtout multipare. Même il nous a permis d'accoucher de grandes multipares avec une seule contraction que l'expression prolongeait jusqu'à l'expulsion du fœtus. Elle avait dans ces cas une action essentiellement mécanique. »

La durée de l'expression serait de 10 à 12 minutes le plus souvent, 15 à 20 au maximum; mais, si dès les premières foulées le fœtus ne progresse pas et surtout s'il y a indication à terminer rapidement l'accouchement, les auteurs conseillent de remplacer l'expression par le forceps.

A côté de l'expression directe Keim décrit une méthode d'expression indirecte : la femme est placée dans la position de la taille, un aide fléchit les membres inférieurs de façon que la face antérieure des cuisses touche la face antérieure de l'abdomen; la malade prend un point d'appui avec ses mains sur ses genoux; elle s'aide ainsi d'une triple façon; elle a un point d'appui pour faciliter l'effort, elle élargit le détroit inférieur, elle fait de l'expression du fœtus en maintenant en même temps l'utérus dans l'axe du détroit supérieur.

L'expression du fœtus ainsi appliquée peut souvent éviter l'introduction de la main ou d'instruments dans les organes génitaux; elle trouve ainsi place à côté des autres opérations obstétricales sans les faire disparaître; elle peut les aider et suppléer certaines d'entre elles.

C est une intervention physiologique imitant la nature; l'intensité et la force mises en œuvre dans l'expression du fœtus, sont sous le contrôle direct de l'accoucheur qui peut en graduer les effets.

Appliquée pendant la période d'expulsion, l'expression, qu'elle soit directe ou indirecte, n'est pas douloureuse, elle semble même soulager la parturiente.

Quoique le temps d'élection de l'expression fœtale soit la période d'expulsion, on peut y recourir en dehors de cette periode, soit pour apprécier les rapports de la tête fœtale avec les parois d'un bassin (engagement artificiel de Schatz-Müller), soit pour engager la tête première (méthode de Hofmeier), soit enfin dans la première phase du travail, dans le but d'aider à la dilatation en se servant de la présentation fœtale comme d'un ballon.

L'expression est globale ou partielle; dans le premier cas, elle s'adresse au fœtus entier, dans les présentations de la tête ou du siège; dans le second cas, elle s'applique à la tête dernière, après une extraction de siège ou après embryotomie.

Combinée à d'autres modes opératoires ce sera l'expression de renfort. Elle est le complément des méthodes de traction manuelle dans la présentation du siège ou après la version, de traction instrumentales par les crochets, les lacs, le basiotribe et surtout le forceps.

L'expression imite, renforce les phénomènes physiologiques, mais ne les remplace pas. Elle réussira donc au maximum quand le col est dilaté complètement, les parties molles peu résistantes. Dans ces conditions, elle a son indication en cas de souffrance de l'enfant ou d'état grave de la mère.

Digitized by Google

S'il y a inertie utérine absolue ou au contraire tétanisme, impossibilité de saisir l'utérus, si le col est rétracté, les parties molles de la mère résistantes ou le bassin trop rétréci, il faut renoncer à l'emploi de l'expression.

Après expression du fœtus, on n'observe ni inertie, ni rupture de l'utérus. Les déchirures du périnée ne sont pas plus fréquentes que dans l'accouchement spontané et le sont moins qu'après une application de forceps. Le périnée est aisé à surveiller et à défendre.

La délivrance n'est pas hâtée par l'expression; celle-ci ne provoque pas de décollement prématuré du placenta.

S'il y a hémorrhagie, il faut en rechercher la cause en dehors d'elle.

La compression médiate, incomplète et intermittente du placenta n'entraîne aucune souffrance du fœtus. L'issue de fœtus rétropulsé se fait suivant les lois de la progression mécanique inhérente à chaque variété de présentation et position dans l'accouchement spontané. C'est surtout l'accouchement du tronc et des épaules qui se trouve favorisé par l'expression.

Sauf conditions exceptionnelles, l'expression n'expose pas le fœtus à des traumatismes pouvant compromettre son existence. Elle ne provoque pas son asphyxie; elle ne comprime pas les centres nerveux cérébro-spinaux comme l'ont démontré les expériences cadavériques.

Il faut cependant faire quelques réserves au sujet de la production possible d'hémorrhagies méningées ou médullaires, si fréquentes, on le sait, même dans les accouchements spontanés, surtout chez les prématurés.

En somme, l'expression fœtale constitue une intervention obstétricale inoffensive pour la mère et le fœtus; elle est simple, aseptique et en cas d'insuccès, elle ne rend jamais impraticables les autres modes d'intervention qui peuvent devenir nécessaires pour la terminaison de l'accouchement. — J. H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Phosphaturie des dyspeptiques. — Emissions d'urine laiteuse. — M. A. Robin. Certains malades se plaignent d'émettre des urines phosphatiques laiteuses, au moment où elles sont rendues. Ces émissions surviennent par crises; l'urine est laiteuse principalement après les repas, et normales aux autres heures de la journée. Par le repos l'urine laisse un sédiment lourd, blanc, qui adhère au fond du vase et constitué par du phosphate bicalcique, de l'oxalate de chaux, de l'urate d'ammoniaque, de l'urate de soude, du phosphate ammoniaco-magnésien, de l'acide urique.

Ces malades à émissions laiteuses, considérés à tort, jusqu'à présent, comme des calculeux, des phosphaturiques ou des neurasthéniques, sont simplement des dyspeptiques hypersthéniques périodiques ou permanents, chez lesquels s'exagère et devient permanent un phénomène qui existe d'une façon atténuée et irrégulière chez la plupart des hypersthéniques;

On peut diviser ces malades en deux catégories, suivant qu'ils ont simplement des émissions laiteuses irrégulières ou qu'ils expulsent d'épais liquides crayeux à la fin de la miction ou des conglomérats d'aspect plâtreux qui provoquent des crises vésico-urétrales souvent très douloureuses;

En dehors du fait des émissions laiteuses et des crises douloureuses, les symptômes les plus fréquemment observés sont d'ordre nerveux cardiaque, cutané et musculaire. Ils forment un ensemble très précis et tout à fait caractéristique quand on les associe aux troubles gastriques ordinairement méconnus qui ne manquent jamais chez ces malades et dont la constatation fixe absolument le diagnostic;

L'analyse du contenu stomacal dénote une hyperchlorhydrie intense, peu de fermentations, une peptonisation suffisante, mais une digestion très mauvaise des féculents;

Les échanges généraux et les échanges azotés ne sont pas troublés dans leur essence. Mais l'évolution et les transformations des matières ternaires sont sensiblement retardées;

Les malades ne sont pas des phosphaturiques au sens absolu du mot, parce qu'il est exceptionnel que l'acide phosphorique total par vingt-quatre heures et par kilogramme du poids ainsi que son rapport à l'azote total soient augmentés. Ce qui est augmenté, c'est l'acide phosphorique lié aux terres dont le rapport à l'acide phosphorique total croît dans d'assez fortes proportions. Le dépôt laiteux du phosphate bicalcique dans l'intérieur des voies urinaires reconnaît donc pour conditions, l'augmentation des phosphates terreux et la diminution de l'acidité de l'urine;

La précipitation dans la vessie et peut-être aussi dans les bassinets et dans les tubes de Bellini des phosphates bicalciques constitue une condition favorable au développement de la cystite, de la pyélite, de la pyélo-néphrite et des hématuries chez les sujets prédisposés, surtout quand intervient une cause occasionnelle, comme un cathétérisme intempestif. La présence presque permanente de globules blancs dans le sédiment démontre bien que la muqueuse des voies urinaires de ces malades est en perpétuel état d'opportunité morbide;

L'albumine apparaît chez les malades avec une fréquence qu'elle n'atteint dans aucune des autres variétés d'hypersthénie;

L'anémie par déglobulisation constitue la complication générale la plus souvent observée.

Avec les éléments qui précèdent, le diagnostic n'offre

Digitized by Google

aucune difficulté, puisque le fait seul de l'émission laiteuse implique aussitôt la recherche des symptômes de l'hypersthénie dont elle dépend, et que cette double constatation éclaire aussitôt la genèse des divers accidents que l'on constate.

Le pronostic est lié à celui de la dyspepsie hypersthénique causale, sauf les indications relatives à la complication possible de cystite, de pyélite et d'hématurie à l'anémie secondaire et à la prédominance des symptômes neurasthéniques qui survivent parfois à leur cause et sont alors plus rebelles à la thérapeutique.

Le traitement se divise en trois parties : 1° le traitement curatif de la maladie considérée en elle-même ; 2° le traitement palliatif des crises qu'elle provoque ; 3° le traitement des complications.

1° Le *traitement de la maladie* comprend plusieurs étapes. Dans la première, on s'occupera uniquement de la dyspepsie hypersthénique permanente, et on traitera le malade, sans que le fait des émissions, laiteuses intervienne en quoi que ce soit dans l'indication thérapeutique. Seulement, on fera bien de commencer par une période de *régime lacté absolu* dont la durée ne saurait être fixée d'une manière inflexible, mais sera réglée sur la tolérance du malade. En thèse générale, quinze jours sont suffisants. Ce temps écoulé, on commencera le régime, l'hygiène et le traitement médicamenteux de l'hypersthénie permanente, et on persévère pendant trois à quatre semaines. Si l'examen du contenu stomacal ne révèle pas de fermentations anormales, on continue à donner du lait comme boisson exclusive pendant les repas.

Cette première étape thérapeutique est d'une importance extrême, et rien ne saurait être obtenu tant qu'on aura pas eu raison de la dyspepsie. Si les moyens précédents n'améliorent pas rapidement et à la fois de la dyspepsie causale et les émissions laiteuses, on doit les laisser ainsi que le lait, ou ordonner la troisième étape du régime des hypersthéniques, et on y associe la médication acide jusqu'aux limites de la tolérance gastrique. Quand les malades accuseront des vertiges, des étourdissements, des bourdonnements d'oreille, de la céphalalgie, des nausées, des renvois acides, des crises gastriques ou de la douleur au milieu du creux de l'estomac, on interrompra la médication acide pour la reprendre quand ces accidents auront disparu, et continuez ainsi jusqu'à disparition des émissions laiteuses et retour de l'acidité urinaire.

Si la médication acide n'est pas tolérée par l'estomac, malgré ces précautions, on le cesse et on sature après les repas, l'acidité gastrique avec une poudre alcalino-terreuse.

A la suite de cette première étape thérapeutique, on aura déjà obtenu, dans les deux tiers des cas, une sensible amélioration. Les malades diront que les malaises de l'après-midi ont disparu, qu'ils sont moins irritables, qu'ils travaillent et marchent plus volontiers, que les symptômes cardiaques sont atténués, qu'ils ont plus d'énergie et d'entrain. Il y a moins de somnolence après les repas, et le sommeil nocturne est meilleur. Les émissions laiteuses n'ont pas encore disparu, mais elles sont moins fréquentes, moins douloureuses, plus courtes, en ce sens qu'elles n'apparaissent plus sous forme de crises prolongées et que, dans leur intervalle, l'urine reprend son aspect normal.

A ce moment, on supprime les médicaments de l'hypersthénie, on insiste sur l'alimentation azotée, on diminue beaucoup les féculents et les aliments sucrés; on augmente les légumes verts et les fruits, en choisissant, parmi les éléments, ceux qui sont riches en phosphate et en potasse, et on autorise le beurre cru qui paraît, comme la plupart des corps gras, avoir sur le phosphore de l'organisme une action conservatrice.

Conseillez le bouillon de bœuf, les œufs, la cervelle, les quenelles de poisson, les laitances de carpe, le ris de veau, les huîtres, les navets, le céleri, les artichauts, les endives. Continuez le lait en boisson, pendant les repas, et autorisez à la fin du déjeuner une tasse de café très léger et très chaud.

Quand on s'est assuré que le malade supporte bien ce changement de régime, on commence la deuxième étape médicamenteuse par un essai d'arséniate de soude modérateur nervin, soit sous forme de granules d'un milligramme dont on donne deux à trois par jour, au moment des repas, soit sous forme de solution faible, ainsi formulée :

Arséniate de soude.....	0 gr. 05
Eau distillée.....	300 grammes

Dissolvez. — Une cuillerée à entremets, au commencement du déjeuner et du dîner, en mélangeant la dose avec quantité égale de lait, pour éviter l'action quelquefois fâcheuse de l'arséniate de soude sur la muqueuse gastrique.

On pourra aussi utiliser les pilules suivantes :

Acide arsénieux.....	0 gr. 05
Poudre de fèves de Saint-Ignace.	0 — 50
— de rhubarbe.....	2 — 50
— d'opium brut.....	0 — 50
Extrait de gentiane.....	q. s.

Divisez cette quantité en 50 pilules. Donnez une pilule au milieu de chacun des principaux repas.

Si l'essai d'arséniate de soude est bien toléré et ne réveille pas de troubles gastriques, on le continuera pendant quinze jours à trois semaines, sinon on le suspendra de suite, et on emploiera les arsenicaux en injections rectales ou encore le cacodylate de soude en injections sous-cutanées de 0 gr. 05, pendant deux à trois périodes de repos.

Si l'on n'obtient rien des arsenicaux, on tente les hypophosphites, toniques nervins.

Enfin, en cas de réveil des troubles gastriques, ou bien si l'effet des hypophosphites n'est pas satisfaisant, user des glycérophosphates. Ils sont surtout indiqués chez les individus mous, déprimés, réagissant mal, quand l'urée, les matériaux solides de l'urine et les oxydations azotées sont en baisse. Suivant les cas, on les administre en ca-

Digitized by Google

chets, en sirop ou en injections sous-cutanées. Cette dernière forme est préférable, en général d'abord parce qu'elle respecte l'estomac, et puis parce que l'on agit ainsi avec plus de rapidité.

Les inhalations d'oxygène, à la dose de 50 à 60 litres par jour, inhalés en quatre ou six fois, constituent un excellent adjuvant du traitement médicamenteux sous-cutanée ou interne.

Quand les malades se présentent encore après ces deux étapes médicamenteuses la pâleur si spéciale qui traduit leur déglobulisation, et quand aussi l'état de leur estomac le permet, on se trouve bien de conseiller les ferrugineux. Il serait inutile, sinon nocif, de faire intervenir le fer aux premières phases du traitement. Au contraire, il rendra des services à la fin de la cure, à la condition de le donner à doses faibles et de l'associer à un laxatif léger. Voici deux de mes formules habituelles (1).

Tartrate ferrico-potassique....	0 gr. 05 à 0 gr. 10
Poudre de rhubarbe.....	0 — 05
Extrait de quinquina.....	0 — 10

Pour une pilule. Prendre une pilule au commencement du déjeuner et du dîner.

Citrate de fer.....	0 gr. 10
Extrait de noix vomique	0 — 0025
Poudre d'opium brut	0 — 01
— de rhubarbe	0 — 05
Extrait de gentiane.....	0 — 08

Pour une pilule. Prendre une pilule au commencement des principaux repas.

Dans la plupart des formules figurent des préparations strychniques. Celles-ci sont, en effet, d'une grande utilité et constituent, en leur qualité de médicaments nervins, un adjuvant extrêmement utile, à la condition qu'on les emploie à doses assez faibles pour ne pas stimuler la muqueuse gastrique, on qu'on les associe à de minimes quantités de poudre d'opium brut.

L'hydrothérapie, et en premier lieu, la douche écossaise, forment un complément bien efficace et presque indispensable de ce traitement.

On conseillera Brides, Saint-Nectaire, Royat, aux sujets arthritiques, quand la désassimilation générale est exagérée, le coefficient d'oxydation azotée en baisse, si les réactions nerveuses ne sont pas trop accentuées, et si les symptômes dyspeptiques ont déjà été améliorés par le traitement stomacal.

Les malades très excitables seront envoyés à Badenweiller, Schlangenbad, Néris, Plombières, Ragatz.

Ceux qui sont déprimés, affaiblis par la longue durée ou l'intensité de leur déperdition de phosphates terreux, relèveront plutôt de la balnéation chlorurée-sodique forte de Biarritz, Salies-de-Béarn, Salins, Rheinfelden, etc.

Enfin, les cures de Contrexéville, Vittel, Martigny, Evian, Wildungen, etc., sont indiquées chez les malades de la seconde catégorie qui rendent avec peine des masses de consistance plâtreuse et chez qui il y a lieu de faire un grand lavage des voies urinaires

2° Quant au *traitement de la crise vésico-urétrale*, il est des plus simples. Dès qu'elle commence, le malade doit garder l'immobilité et chercher la position qui sera compatible avec le minimum de douleur, puis ingurgiter coup sur coup, soit deux à trois verres d'une eau pure quelconque, soit deux à trois tasses d'une infusion chaude de tilleul, de feuilles d'oranger ou mieux encore de feuilles de mûrier, de fleurs de fèves de marais ou de reine des prés, afin de provoquer un flux d'urine qui fasse chasse et entraîne les conglomérats phosphatiques qui se sont déposés dans la vessie.

Si la douleur est très vive et n'est pas calmée par l'immobilité, la position et les grandes ingestions de liquide, faire dissoudre un gramme de bromure de potassium dans une des tasses d'infusion de reine des prés, ou ordonner un suppositoire avec 0 gr. 10 de poudre d'opium brut et 0 gr. 01 d'extrait de belladone.

Ces moyens sont suffisants pour calmer les crises expulsives dont le retour sera, d'ailleurs, de plus en plus rare, si les malades suivent exactement le traitement destiné à en supprimer la cause.

La cystite, la pyélo-néphrite, les hématuries ne réclament pas un autre traitement, en ce sens que l'on devra toujours commencer par traiter la dyspepsie causale, puisqu'il est bien certain que les hématuries, par exemple, ne céderont définitivement qu'avec la disparition des phosphates calciques qui se déposent dans les voies urinaires. On pourra faire, à l'occasion, un traitement palliatif de l'hémorragie quand celle-ci est trop abondante ou trop durable, mais on n'obtiendra rien de définitif sans le traitement de la cause.

On commencera par une courte période de médication lactée absolue, puis on associera bientôt la médication acide à la troisième étape du régime des hypersthéniques et on aura ainsi une médication à double fin qui réussira dans un bon nombre de cas. Si l'estomac ne la supporte pas, on reprendra les trois étapes du régime et la médication habituelle de l'hypersthénie, jusqu'à ce que l'estomac puisse tolérer la médication acide.

Les médications dirigées directement contre la cystite et la pyélite ne réussissent pas. Le benzoate de soude, l'huile de Haarlem, les astringents, l'urotropine elle-même qui est un excellent antiseptique des voies urinaires, sont mal tolérés ou inefficaces.

Les lavages de la vessie avec une solution à 1/200 de silicate de soude sont quelquefois utiles. Les bains de vapeur térébenthinés, ou mieux encore la cure de bains térébenthinés du Martouret que dirige fort habilement Benoit, ont les mérites de la médication balsamique sans avoir ses inconvénients sur l'estomac.

(1) Albert Robin. Des glycérophosphates et leur emploi en thérapeutique, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 24 août 1894. — *Id.* Des glycérophosphates. Action sur la nutrition, indications thérapeutiques, mode d'administration, *Bulletin général de thérapeutique*, 15 et 30 mai 1895.

Digitized by Google

En fait de cures hydro-minérales on éliminera toutes les eaux fortement minéralisées et surtout les eaux alcalines, comme Vichy, et on s'en tiendra aux cures de lavage qui viennent d'être indiquées.

Hémorrhagies névropathiques des voies digestives. — M. Lancereaux. Ces hémorrhagies se montrent sur différents points de cet appareil : bouche, estomac, intestins, chez des sujets névropatiques, en dehors de toute lésion anatomique. Peu graves par elles-mêmes, elles ne le deviennent que par leur répétition, et sont justiciables des hémostatiques internes ordinaires : ergotine, perchlorure de fer, sulfate de quinine, opium *(4 décembre)*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

L'œdème idiopathique aigu des paupières. — M. L. Galliard. On a décrit sous le nom d'œdèmes vaso-moteurs ou angio-neurotiques, une série d'œdèmes aigus circonscrits de la peau, qui ne se rattachent ni à des processus inflammatoires locaux, ni à des affections cardiaques ou rénales, ni à des maladies fluxionnantes telles que la goutte ou le rhumatisme.

Ces œdèmes surviennent brusquement sans prodromes, et atteignent en quelques heures leur apogée. Ils sont indolents, mous, blancs, apyrétiques. Ils sont éphémères. Ils récidivent fréquemment, soit sur place, soit à distance, en diverses régions : face, extrémités, organes génitaux, etc. Ils peuvent coïncider ou alterner avec ceux des muqueuses : voile du palais, pharynx, glotte.

Parmi ces œdèmes aigus que je dénomme provisoirement idiopathiques, celui des paupières me paraît spécialement intéressant, puisqu'il menace le fonctionnement d'un organe indispensable.

Je l'ai observé chez deux jeunes sujets qui ont de l'arthritisme dans leurs antécédents de famille, au moins du côté paternel : asthme des foins, pour l'un ; congestions récidivantes du foie, pour l'autre.

La première observation se rapporte à une fillette actuellement âgée de quatre ans et demi qui, étant en villégiature au bord de la mer, présenta, un matin du mois d'août 1898, de l'œdème palpébral unilatéral sans lésion de l'œil, sans injection de la conjonctive ; l'accès dura vingt-quatre heures. L'œdème reparut six semaines plus tard, à la campagne, aux environs de Paris, et, dès lors, il a récidivé huit fois, toujours unilatéral. Il se montre tantôt à droite, tantôt à gauche, atteignant d'emblée des proportions énormes et disparaissant en vingt-quatre ou trente-six heures. Les derniers accès ont été précédés d'une légère agitation nocturne et accompagnés d'un peu de rougeur conjonctivale, jamais d'autre œdème que celui des paupières. Santé habituellement bonne.

Le second cas est celui d'une fillette âgée de trois ans et quatre mois qui, ayant eu un gros rhume à la fin d'octobre 1900, présenta, le 1er novembre, une hydartrose aiguë du genou droit, sans fièvre, durant seulement deux jours. Le 5 novembre, elle eut un érythème papuleux des membres inférieurs avec 39°1 le soir. Le 7 novembre au matin, après une nuit calme, on constata que l'œil droit était complètement fermé ; à midi, le gonflement était colossal à droite, peu marqué à gauche ; pas de catarrhe conjonctival, pas de fièvre. Le 9 novembre, l'œdème avait complètement disparu, mais l'enfant présentait du purpura au niveau des fesses et à la racine des cuisses. Le 12 novembre, disparition de tous les accidents ; l'urine, où je n'avais constaté précédemment que des phosphates en excès, offrait un léger louche albumineux qui n'a pas tardé à disparaître. Aujourd'hui, l'état de l'enfant est satisfaisant.

On remarquera, dans ce cas, la succession des manifestations infectieuses (pseudo-rhumatisme, érythème, purpura) auxquelles s'est ajouté l'œdème aigu des paupières.

Troubles de la parole et de la mobilité dans la convalescence de la fièvre typhoïde — M. Siredey rapporte l'observation d'un jeune homme de 19 ans, se livrant à un travail cérébral intense, qui, pendant la convalescence d'une dothiénentérie à forme ataxo-adynamique, fut atteint de troubles moteurs, tels que : incoordination des mouvements des membres inférieurs, exagération des réflexes tendineux, trépidation par le redressement du pied, perte de l'équilibre ; parole traînante, hésitante, scandée.

La pathogénie de ces accidents est assez difficile à fixer ; peut-être sont-ils en rapport avec une lésion du faisceau pyramidal.

Intoxication hydatique mortelle. — M. Dufour communique l'observation d'un malade atteint d'un énorme kyste hydatique du foie, faisant une saillie considérable dans la cavité pleurale droite, si bien que l'on avait porté le diagnostic de pleurésie séreuse. La thoracentèse donna issue à un litre et demi de liquide clair ; les jours suivants, le malade fut pris d'urticaire, de cyanose avec difficulté extrême de la respiration avec rejet de quelques crachats biliaires. Ces troubles allèrent en s'accentuant, et il succomba le 6e jour.

Ce cas est exceptionnel, car jusqu'à présent on n'a mis la mort survenue au cours d'une intoxication hydatique après ponction ou laparotomie, que sur le compte d'empoisonnements suraigus. Le kyste de ce malade occupait la face convexe du foie, et était entièrement compris dans la cage thoracique. Le diagnostic clinique offrait une série de difficultés intéressantes. La fièvre, l'urticaire, la dyspnée, la congestion pulmonaire présentée par le malade peuvent être mis sur le compte de l'intoxication. A l'autopsie, le diaphragme, qui, macroscopiquement, semblait disparu, subsiste encore à l'état rudimentaire. Les dangers d'intoxication dans les interventions des kystes hydatiques sont tels, que l'on est autorisé à proposer comme traitement rationnel et logique la sérothérapie antihydatique recherchée à l'aide de la technique connue aujourd'hui pour obtenir l'immunisation. *(30 novembre.)*

Erratum. — Dans le précédent numéro, page 206, 2e colonne, dernière ligne, au lieu de Hypertension, lire hypotension.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICO-LÉGALE

Consultation médico-légale concernant l'avortement

Par M. le Professeur BROUARDEL

Vous pouvez avoir à donner votre avis d'une part sur la *mère* vivante ou morte, et, d'autre part, sur le *produit de la conception*. Nous nous contenterons aujourd'hui de procéder à l'examen de la femme vivante.

A. EXAMEN DE LA FEMME VIVANTE. EXAMEN PRÉCOCE. — Messieurs, je commence par vous signaler le cas, tout à fait exceptionnel, dans lequel votre intervention médico-légale est assez rapide pour que vous examiniez la malade avant que travail soit terminé. Devergie rapporte qu'une fois il arriva avant l'expulsion du placenta, le cordon ombilical sortait par la vulve. L'expertise était donc facile.

Quand le travail est terminé depuis peu de temps, et quand vous êtes appelés presque de suite, votre examen pourra donner des renseignements assez précis. Vous examinerez le col, vous verrez s'il existe des traces de déchirures ou de piqûres. Cependant il faut mettre en garde contre une cause d'erreurs; vous ne devrez pas prendre pour une lésion opératoire les déchirures qui sont le résultat du passage du fœtus à travers le col plus ou moins dilaté.

EXAMEN TARDIF. — Le plus souvent, votre commission ne vous parviendra qu'un temps assez long après la tentative criminelle. Je vous ai déjà expliqué la genèse des poursuites en avortement. On trouve un fœtus, ou on en parle dans le quartier et les commentaires vont leur train, la voix publique désigne telle personne comme pouvant s'être fait avorter et une dénonciation, généralement anonyme, est adressée au commissaire de police. Celui-ci en réfère à la préfecture de police qui avertit le parquet; celui-ci nomme un juge d'instruction qui ouvre une enquête, étudie la question, et qui, enfin, commet, s'il y a lieu, le médecin légiste. Tous ces préliminaires demandent environ trois semaines, et c'est au bout de ce temps que vous recevrez mission d'examiner l'inculpée.

Le délai qui sépare votre visite de l'acte criminel est assurément trop long, mais il est difficile qu'il en puisse être autrement : car, dans une inculpation aussi grave, il est utile qu'avant d'entamer des poursuites le juge ait, par les témoignages, recueilli des renseignements suffisants pour faire admettre comme très probable qu'un acte criminel a été commis.

En vous parlant de l'accouchement (1). je vous ai déjà cité le cas qui s'est présenté dans la ville de P... Un jeune substitut qui remplaçait le procureur absent, reçoit une lettre anonyme lui apprenant qu'une jeune fille, d'excellente famille, s'était fait avorter par une sage-femme qui était nommée dans la lettre, et l'auteur donnait sur l'acte criminel les détails les plus circonstanciés.

Ce jeune substitut, trop confiant, n'hésita pas à signer un mandat d'amener, et le lendemain la jeune fille, qui se mariait ce jour-là, fut arrêtée au moment où elle sortait de l'église au bras de son mari. Vous jugez du scandale.

Je fus commis pour examiner la jeune femme et je pus constater, non seulement qu'elle n'avait jamais subi de manœuvres abortives, mais qu'elle était vierge.

Il ne faut pas croire, Messieurs, que ce soit là un cas isolé. Dans cinq enquêtes, ouvertes cependant après informations sérieuses, l'examen me permit de constater la virginité de l'inculpée.

Donc, trois semaines environ après la fausse couche, vous êtes commis. Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° *La femme dit être enceinte.* — Vous devez faire le diagnostic de la grossesse. Je me suis assez étendu sur la valeur des signes de probabilité et sur ceux dits de certitude, en étudiant la grossesse pour n'avoir pas besoin d'y revenir (1).

Je vous rappellerai seulement les affaires que je vous ai déjà citées, mais qui ne sauraient rester trop profondément gravées dans votre mémoire.

A Vic, près de Metz, on dénonça une fille comme ayant accouché et ayant fait disparaître son enfant ; elle prétendit n'avoir eu qu'une perte et être encore enceinte. Un médecin et une sage-femme l'examinèrent et dirent qu'elle était récemment accouchée. Pressée de questions, elle avoua être accouchée et avoir donné son enfant à manger à des porcs. Elle fut condamnée le 6 novembre 1868 et, le 24 décembre, elle accoucha à l'hospice de Nancy, d'un enfant bien constitué et à terme (2).

A Vic-en-Bigorre, près de Tarbes, une femme fut poursuivie en cour d'assises, à la suite d'une accusation d'infanticide. Le médecin commis pour l'expertise constata qu'elle était récemment accouchée ; elle fut condamnée et elle accoucha au sortir de l'audience (3).

Enfin, je vous rappellerai l'affaire du Dr Meloche (de Saint-Nazaire), qui, à la suite de l'insuffisance d'un premier examen pour lequel il manquait de l'ou-

(1) P. Brouardel, *Le mariage, nullité, divorce. Grossese. Accouchement*, p. 305.

(1) P. Brouardel, *Le mariage, nullité, divorce. Grossesse. Accouchement*, 1900, p. 259.
(2) P. Brouardel, *Ibid.*, p. 202.
(3) P. Brouardel, *Ibid*, p. 204.

Digitized by Google

tillage nécessaire, sommé par le juge d'instruction de lui donner son avis, eut le tort de conclure à un accouchement récent. La femme fut arrêtée, accoucha en prison, et poursuivit notre confrère en dommages intérêts. Il fut, vous vous en souvenez, condamné par le tribunal sur des considérants étranges et acquitté en appel (1).

Donc, Messieurs, soyez prudents ; le diagnostic de la grossesse n'est pas toujours facile, des erreurs ont été commises par les médecins les plus éclairés (2). Vous pouvez vous tromper également et, si vous avez quelques doutes, n'hésitez pas à les formuler dans votre rapport.

Quant à la réalité de l'accouchement, vous vous baserez, pour l'affirmer ou la nier, sur la série des signes que je vous ai antérieurement indiqués. Je vous ai précisé la valeur qui peut être accordée à chacun d'eux (3), je n'y reviendrai donc pas à nouveau. Je vous rappellerai seulement que s'il y a déchirure de la fourchette, c'est que le produit expulsé présentait un volume se rapprochant de celui d'un fœtus à terme.

Enfin, je vous répéterai que la persistance de l'hymen, qui a été même constatée à la suite d'un accouchement à terme, n'exclut pas d'une façon absolue la possibilité d'un avortement criminel.

Bien entendu, vous examinerez l'utérus au point de vue du volume, de la consistance, de l'ouverture de l'orifice interne du col.

Vous aurez à rechercher les traces de violences qui pourraient exister, soit dans les culs-de-sacs du vagin, soit au pourtour du col utérin. Dans cette recherche, et surtout dans l'appréciation que vous formulerez, je ne saurais trop vous recommander la plus grande prudence. Quand une avorteuse, au cours de manœuvres criminelles, pique le col ou éraille plus ou moins profondément la muqueuse d'un cul-de sac, la blessure qu'elle provoque est, en général, tout à fait superficielle, et si le lendemain vous en recherchez la trace, même en vous servant du spéculum, vous aurez, surtout s'il s'agit de piqûres, une certaine difficulté à les découvrir.

Vous savez, du reste, que la cicatrisation des plaies des muqueuses est extrêmement rapide et que, par exemple, des lésions graves de la bouche se cicatrisent en peu de jours. Il en est de même pour le vagin et l'utérus. Il y a donc de grandes probabilités, si votre expertise n'a lieu qu'au bout de plusieurs semaines, pour que vous ne découvriez pas la cicatrice d'une blessure, même s'il en a existé une. Aussi, Messieurs, je vous assure, et cela est fréquent, que quand on soumet à mon appréciation des rapports d'experts qui, après quinze jours ou trois semaines, prétendent avoir trouvé une plaie au niveau du col utérin et la regardent comme due à une maladresse commise au cours de manœuvres criminelles, je ne crois pas devoir confirmer leur affirmation.

2° *La femme avoue s'être fait avorter.* — Je vous ai déjà dit, Messieurs, que si la femme, au cours de vos investigations, vous avoue s'être fait avorter, vous n'avez pas qualité pour recevoir ses aveux. Vous devez lui conseiller de demander à être entendue par le juge d'instruction. Si vous agissiez autrement, vous vous trouveriez, au cours des débats, dans une très fâcheuse position, cumulant, pour ainsi dire, le rôle du ministère public et celui de l'expert.

Quand la femme a fait des aveux au juge d'instruction, celui-ci vous soumet les réponses de l'inculpée et vous demande votre interprétation. Comme il y a souvent des lacunes dans l'interrogatoire, vous êtes obligés de demander qu'au cours d'un nouvel interrogatoire on pose telles ou telles questions, capables de vous éclairer. Il s'ensuivra une seconde consultation, sur laquelle vous serez encore appelés à donner votre avis.

Enfin, Messieurs, il se peut que la femme, de bonne foi, avoue s'être fait avorter et n'ait subi que des manœuvres incapables de produire un avortement. M. Vibert a été commis au sujet d'un cas de ce genre (1).

Voici le fait : trois femmes avouaient s'être fait avorter par une autre femme qui avouait également. Cette dernière, tout à fait illettrée et peu intelligente, racontait qu'elle avait entendu dire qu'il suffisait de se faire une injection vaginale après le coït pour éviter une grossesse ; elle avait usé de ce procédé sur elle-même avec succès. Elle en avait conclu que ce même procédé pourrait provoquer l'avortement.

Plus tard, ayant vu dans un musée de fête foraine la reproduction en cire des organes génitaux d'une femme gravide, elle avait compris qu'il fallait tâcher de pousser l'injection jusque dans la matrice. Mais en réalité, malgré ses vanteries, elle était incapable de trouver l'orifice utérin, et, en lui faisant pratiquer le toucher, M. Vibert a pu constater qu'elle n'atteignait que rarement le col, et que, même quand elle y arrivait, elle croyait qu'il fallait placer la canule dans un des culs-de-sac du vagin. Il interrogea séparément chacune des trois avortées, qui ne se

(1) P. Brouardel, *La responsabilité médicale*, 1899, p. 272. — P. Reille, *La responsabilité des experts, affaire Meloche (Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1897, t. XL, p. 41).

(2) P. Brouardel, *Le mariage, nullité, divorce. Grossesse. Accouchement*, 1900, p. 227.

(3) P. Brouardel, *Ibid.*, 1900, p. 304.

(1) Vibert, *Précis de médecine légale*, 1900, p. 468 (en note).

Digitized by Google

connaissaient pas entre elles; toutes donnèrent la même description précise et minutieuse des manœuvres employées, qui étaient exactement conformes à ce que M. Vibert avait pu constater.

M. Vibert fit répéter ces manœuvres par l'avorteuse elle-même sur chacune de ses clientes, avec l'instrument que toutes reconnaissaient avoir été employé, un simple injecteur vaginal à boule, et put se convaincre que tout se réduisait à une simple injection vaginale. D'ailleurs, le fait était d'autant plus vraisemblable, que toutes les femmes reconnaissaient que les manœuvres avaient duré seulement deux ou trois minutes et n'avaient pas occasionné la plus légère douleur; parfois il n'y avait même pas eu introduction du doigt dans le vagin.

Deux de ces femmes avaient eu un retard de quatre et de douze jours: c'était là ce qu'elles croyaient être un avortement provoqué.

Quant à la troisième, enceinte de trois mois, elle avait eu recours à une série de drogues, qui avaient été sans doute la véritable cause l'avortement.

L'accusation fut abandonnée contre ces quatre femmes, malgré leurs aveux.

B. — Examen du produit de l'avortement. — Quand l'avortement est précoce, la recherche de l'œuf ne va pas sans de sérieuses difficultés, et, même alors que le médecin est présent au moment de l'expulsion, il lui est parfois impossible de retrouver, au milieu des caillots, l'œuf ou l'embryon.

J'emprunte à M. Vibert le tableau suivant, indiquant l'état de l'embryon et du fœtus aux divers âges de la vie intra-utérine (1). Vous y trouverez la longueur, le poids, les points d'ossification, les états des divers organes de l'embryon ou du fœtus, suivant le temps de la gestation. Voici quelques indications complémentaires.

Jusqu'à deux mois et demi, l'œuf se présente sous la forme d'une vésicule sphéroïdale ou ovoïde, molle, s'affaissant plus ou moins sur elle-même et dont la surface externe est tomenteuse.

Pour le retrouver, on place les caillots dans l'eau et on les dissocie avec précaution, ce qui permet de le reconnaître, grâce aux villosités qui recouvrent sa surface.

Vers la fin de la quatrième semaine, l'œuf a 25 ou 30 millimètres;

Au quarantième jour, il a 30 à 35 millimètres;

Au cinquantième jour, il a 40 à 45 millimètres.

A partir du deuxième mois, les villosité choriales commencent à se développer uniquement sur le point de la surface qui correspondra ultérieurement au placenta.

(1) Vibert, *Précis de médecine légale*, 1900, p. 456.

Quant à l'embryon contenu dans l'œuf, vers la fin du premier mois, il a 6 à 8 millimètres de longueur, est mou, peu consistant et très difficile à reconnaître.

A la fin du deuxième mois, il a environ 25 à 39 millimètres; les yeux, la fente buccale, le nez et les extrémités des membres sont indiqués.

a) *Intégrité de l'œuf. — Rupture des membranes.* — Nous arrivons, Messieurs, à une question qui a été fort discutée; elle fut soulevée en 1874 par Gallard à la Société de médecine légale (1).

Jacquemier (2) dit : « Pendant les deux ou trois premiers mois, l'œuf est le plus souvent rendu entier, si une intervention intempestive pour le dégager ne vient rompre les membranes.

« Celles-ci sont souvent rompues par les contractions utérines, et cette rupture, fréquente dès le quatrième mois, devient la règle dans le cinquième et le sixième, où l'avortement commence à se rapprocher, par ses phénomènes, de l'accouchement prématuré. Jusque vers le milieu de la grossesse, la division de l'œuf, l'écoulement du liquide amniotique, la sortie du fœtus, utiles à constater à d'autres points de vue, sont des actes d'une importance secondaire, considérés comme phénomènes du travail. Le phénomène capital est l'expulsion de l'œuf, entier ou divisé, et l'on peut dire, avec raison, que la femme qui avorte accouche d'un œuf, en un mot, que l'avortement tout entier n'est qu'une délivrance. »

Tardieu (3), d'autre part, écrit : « D'autres fois, les membranes sont plus ou moins largement ouvertes et on pourra les trouver décollées dans une étendue plus ou moins considérable, circonstance qui, si elle coïncidait avec une faible dilatation du col utérin, conduirait, suivant une observation fort judicieuse de Devergie, à exclure l'idée d'un travail spontané d'expultion du fœtus et s'expliquerait au contraire très facilement par l'introduction d'un agent mécanique dans l'intérieur de la matrice. »

Charpentier (4) partageait également, en partie du moins, cet avis su sujet de la rupture spontanée de l'œuf pendant les premiers temps de la grossesse. « Les membranes, dit-il, ont de la peine à se rompre spontanément, et ce sont, pour la plupart du temps, les doigts du chirurgien, ou un instrument guidé par sa main, qui rompent les membranes, soit en passant au travers du placenta, soit en décollant un de ses bords. »

(1) Gallard, *Sur un cas d'avortement suivi de mort (Société de médecine légale*, 13 novembre 1874, et *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 2e série, t. XLI, p. 423).

(2) Jacquemier, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article Avortement, p. 555.

(3) Tardieu, *Etude médico légale sur l'avortement*, 1898, p. 93.

(4) Charpentier, *Leçons sur les hémorragies puerpérales*, 1874.

Digitized by Google

AGE	LONGUEUR	POIDS	POINTS D'OSSIFICATION	ÉTATS DES DIVERS ORGANES	POIDS moyen du placenta.	LONGUEUR moyenne du cordon ombilical.
		Grammes.				
Fin du premier mois.	Œufs 0m,025 à 0m,030 de diamètre, longueur de l'embryon 0m,006 à 0m,008.		Noyau osseux dans la clavicule.	Tête et colonne vertébrale d'une pièce. Les centres nerveux et circulatoire existent, ainsi que le foie et les corps de Wolff.		
Fin du deuxième mois.	Œuf de la dimension d'un œuf de poule, longueur de l'embryon 0m,025 à 0m,030.	3 à 4	Points des deux mâchoires, des os du bras et de l'avant-bras, de la cuisse et de la jambe, de l'iléon, des six premières côtes, de l'omoplate.	Le ventre est fermé, sauf l'ouverture ombilicale, à travers laquelle l'intestin remonte dans le cordon. Les extrémités apparaissent sous forme de petits tubercules, la division du membre supérieur en bras et avant-bras est indiquée, ainsi que la division des doigts de la main.		
Fin du troisième mois.	L'embryon a 0m,13 à 0m,15.	100 à 125	Ossification de l'occipital, des pariétaux, des temporaux, du sphénoïde, des os propres du nez, de l'os malaire, des métacarpiens, des métatarsiens, des phalanges de la main, du corps, des vertèbres dorsales.	La peau commence à se caractériser. Les yeux sont recouverts par les paupières ; les points lacrymaux existent. L'anus est ouvert, les articulations des doigts et des orteils sont visibles.	40 gr.	0m,15
Fin du quatrième mois.	Le fœtus a 0m,16 à 0m,20.	200 à 230	Sacrum, tubérosité de l'ischion, phalange du pied, corps des vertèbres cervicales et lombaire.	La peau se couvre de duvet, et commence à être doublée du tissu adipeux. Les membres inférieurs sont aussi longs ou plus longs que les supérieurs. Les ongles sont formés. Le sexe est bien distinct. On trouve du méconium jaunâtre dans le commencement de l'intestin grêle.	80 gr.	0m,25
Fin du cinquième mois.	Le fœtus a 0m,21 à 0m,27.	400 à 500	Pubis, calcanéum.	L'enduit sébacé apparaît, les cheveux se développent. Le méconium occupe une grande partie de l'intestin grêle. La vésicule biliaire existe et contient du mucus jaunâtre.	180 gr.	0m,35
Fin du sixième mois.	Le fœtus a 0m,28 à 0m,32.	800 à 1000	Sternum.	Les ongles prennent une consistance cornée. — Le méconium apparaît dans le gros intestin. L'ombilic, qui s'est éloigné de plus en plus du pubis, est encore à 0m,03 ou à 0m,04 du point qui correspond à la moitié de la longueur du corps.	275 gr.	0m,40
Fin du septième mois	Le fœtus a 0m,33 à 0m,36.	1500 à 2000	Nouveaux points du sternum (2 ou 3).	Les paupières commencent à s'entr'ouvrir. Les testicules sont dans l'anneau inguinal : la plus grande partie du gros intestin contient du méconium,	375 gr.	0m,45
Fin du huitième mois.	Le fœtus a 0m,40 à 0m,45.	2000 à 2500	Dernières vertèbres du sacrum. Astragale.	La membrane pupillaire disparaît, les circonvolutions cérébrales sont indiquées. — Les ongles atteignent l'extrémité des doigts et des orteils.	450 gr.	0m,47
Fin du neuvième mois.	Le fœtus a 0m,48 à 0m,54.	3000 à 3500	Points d'ossification de l'épiphyse inférieure du fémur et de l'épiphyse supérieure du tibia.	L'enduit sébacé est abondant, les ongles dépassent l'extrémité des doigts, mais non celle des orteils. Les cheveux atteignent 0m,02 ou 0m,03 de longueur. Le cordon ombilical s'insère très peu au-dessous du milieu de la longueur du corps. Les testicules sont ordinairement dans le scrotum.	500 gr.	0m,50

Gallard, jugeant que la question de l'intégrité des membranes, ainsi envisagée, avait une importance capitale au point de vue de la constatation des circonstances naturelles ou accidentelles qui ont présidé à l'avortement, l'exposa à la Société de médecine légale. D'après lui, chaque fois que l'expert constatait la rupture de l'œuf, dans une fausse couche de moins de trois mois, l'avortement devait être tenu pour suspect.

Cette opinion fut très énergiquement appuyée par M. Le Blond, qui rapporta les résultats de dix-huit fausses couches naturelles, qui s'étaient, dix-sept fois, terminées par l'expulsion de l'œuf en entier. L'unique exception, qui, au dire de Gallard, ne faisait que confirmer la règle, avait trait à un œuf malade ; le placenta présentait à son centre une épaisseur de 1 centimètre, et dans son tissus plusieurs noyaux apoplectiques, dont la grosseur variait de

Digitized by Google

celle d'un haricot à celle d'une tête d'épingle, circonstance expliquant en même temps l'avortement et la friabilité des membres (1).

Cette opinion de Gallard fut l'objet d'une discussion approfondie et ne fut admise par la Société de médecine légale qu'avec la plus grande réserve.

Charpentier (2), chargé d'un rapport sur la question, formula les conclusions suivantes :

1° Dans les six premières semaines, l'avortement se fait presque toujours en bloc, le volume et la cavité de l'œuf étant, à cette époque, extrêmement minimes.

2° De la sixième à la dixième semaine environ, l'avortement peut se faire en bloc, mais il se fait au moins aussi souvent en deux temps; tout dépend de la résistance de l'œuf, de la force des contractions utérines, de la résistance du col, des adhérences de l'œuf et de ses altérations.

3° L'absence du fœtus ne prouve pas l'intervention criminelle ; car ce fœtus peut avoir subi la dissolution, si l'œuf mort a séjourné encore longtemps dans la cavité utérine.

4° A partir de trois mois ou trois mois et demi, la rupture est la règle, l'avortement se fait en deux temps : expulsion du fœtus, expulsion du placenta; cette dernière partie de l'avortement pouvant durer plus ou moins longtemps.

5° La rupture des membranes ne peut être considérée, à elle seule, comme un signe d'avortement provoqué; on n'est pas autorisé à en faire un signe de certitude de l'avortement criminel, même lorsqu'on le constate dans les premiers mois.

De cette discussion fort intéressante et de ce que nous avons pu observer, il résulte que l'avortement criminel par manœuvres directes pendant le premier mois est exceptionnel, il est rare dans le second. Pour désirer d'être délivrée, encore faut-il que la femme soit sûre d'être enceinte.

Or, tant que les deux premières époques n'ont pas fait défaut, sur quoi reposent les craintes de la femme et le diagnostic du complice?

Les fausses couches des deux premiers mois qui viennent à la connaissance du médecin sont donc le plus souvent des fausses couches naturelles. Quand il s'agit d'un acte criminel, son intervention est plus tardive et provoquée par des accidents consécutifs.

Quoi qu'il en soit, Gallard et Charpentier étaient d'accord sur un point : *en général, pendant les deux premiers mois, l'avortement se fait en un seul bloc, dans lequel sont compris l'œuf et son contenu;* c'est l'*avortement ovulaire*. Si, du reste, il s'opérait en deux temps, le médecin légiste ne me semblerait pas pouvoir tirer de ce fait des données suffisantes, pour affirmer qne la rupture n'est pas naturelle, et pour reconnaître avec certitude qu'il n'y a pas une altération des membranes.

Mais, à partir du troisième mois, nous acceptons, avec Charpentier et avec tous les accoucheurs, que l'expulsion en bloc du produit de la conception est rare, que la règle est l'expulsion en deux temps. Le fœtus est expulsé tout d'abord et le placenta ne suit que vingt quatre heures ou quarante-huit heures après, parfois même beaucoup plus tard; l'on peut dire que la rétention du placenta dans la cavité utérine est une complication prévue et fort grave, que l'avortement soit naturel ou qu'il ait été provoqué dans un but criminel, par déchirure des membranes ou par décollement.

Or, nous l'avons dit, dans la pratique médico-légale, il est rare que l'expert ait à se prononcer sur des avortements provoqués avant le deuxième mois de la grossesse et nous ajouterons, avec Charpentier, que le médecin légiste, même s'il rencontre une rupture des membranes, alors que la grossesse ne daterait que de deux mois, ne serait pas autorisé à considérer ce signe, à lui seul, comme caractérisant un avortement criminel. Il devra noter le fait, mais nous pensons que celui-ci ne devra peser que d'un poids bien léger sur les conclusions de son rapport.

b) *Examen du fœtus.* — Les blessures du fœtus, au cours des manœuvres abortives directes, sont relativement rares; en effet, sur soixante-sept cas d'avortements, je n'ai relevé que huit blessures du fœtus, siégeant aux endroits suivants :

Deux fois au front et au sourcil;

Une fois au cuir chevelu et au dos;

Une fois à la face externe du bras. Dans ce cas, il existait deux piqûres;

Une fois au creux de l'aisselle; la blessure avait 1 centimètre de profondeur et un caillot sanguin existait dans le trajet de la piqûre;

Trois fois, il existait d'autres lésions, mais qui n'indiquaient pas d'une façon certaine, qu'il y avait eu intervention criminelle.

Ollivier (d'Angers) (1), Bayard (2), Tardieu (3) rapportent des faits analogues.

(1) Le Blond, *Annales de gynécologie*, 1875, t. IV, p. 95, 1876, t. V., p. 409. — *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1877, t. XLVIII, p. 521.

(2) Charpentier, *Sur les signes de l'avortement pendant les trois premiers mois de la grossesse (Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1877, t. XLVIII, p. 483).

(1) Ollivier (d'Angers), *Mémoire et consultation médico-légale sur l'avortement provoqué (Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1839, t. XXII, p. 109).

(2) Bayard, *Considérations médico-légales sur l'avortement provoqué (Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1re série, 1847, t. XXXVII, p. 443).

(3) Tardieu, *Etude médico-légale sur l'avortement*, 1898, p. 166.

Digitized by Google

Dans tous les cas, il s'agit de plaies faites par ponction des membranes.

Cependant, tous les traumatismes que l'on peut observer sur le fœtus n'impliquent pas nécessairement qu'il y ait eu intervention criminelle. Geoffroy Saint-Hilaire avait fait remarquer que si la mère subit un traumatisme pendant sa grossesse, il peut arriver que le fœtus en subisse le contre-coup et qu'il présente des vices de conformation dus à cette influence ; plusieurs fois des femmes, ayant été frappées dans la région hypogastrique, sont accouchées d'enfants ayant des difformités de l'encéphale

Divers auteurs ont publié des observations dans lesquelles des fœtus avaient été expulsés avant terme ou à terme avec des fractures multiples ou des ruptures du foie dues à des traumatismes subis par la mère.

Quand vous avez à examiner un fœtus présentant une lésion faisant supposer qu'une intervention a pu être la cause de son expulsion prématurée, il faudra vous rappeler que ces blessures peuvent être survenues au cours de l'accouchement. Dans un cas, j'eus à examiner un fœtus de six mois et demi, qui présentoit une déchirure des téguments au niveau du pli de l'aine ; il me fut possible de reconnaître que la blessure était purement obstétricale, l'enfant s'étant présenté par les pieds.

Dans un autre cas, un fœtus trouvé dans la Seine présentait des lésions au niveau de la tête et de l'abdomen : il fut démontré que les blessures étaient dues à l'hélice d'un bateau.

L'explication de la rareté des blessures du fœtus est la suivante : en général, je vous l'ai dit, l'avortement est pratiqué entre le quatrième et le sixième mois ; à ce moment, le fœtus baigne dans le liquide amniotique, il est peu volumineux, de sorte que, s'il y a tentative criminelle par perforation des membranes, la partie qui se trouve en face de l'instrument, n'offre aucune résistance et fuit à la moindre pression. D'après les recherches de Tardieu, Devergie, Maschka, les blessures au cours de l'avortement n'ont que rarement été signalées lorsque la tentative avait lieu vers la fin de la grossesse, à sept mois et demi ou huit mois.

Dans une affaire qui s'est passée aux environs de Niort et dont M. Lepage s'est occupé, on avait élevé des doutes sur la nature des lésions trouvées à l'autopsie d'un fœtus de cinq mois et demi, présentant sur les deux os frontaux une perforation symétrique ; je pense que dans ce cas, même s'il y a eu tentative d'avortement, la lésion constatée n'impliquait nullement qu'il y ait eu perforation de la boîte crânienne. En effet, il semble beaucoup plus probable qu'il s'agit là de lacunes d'ossification, analogues à celles dont l'observation a été maintes fois rapportée sur les os du crâne des nouveau-nés.

Les fractures siégeant au niveau des pariétaux semblent être, en général, dues à des violences exercées soit après la naissance, soit au moment de la naissance ; elles seraient produites, d'après Danyau, dans un grand nombre de cas, par la saillie de l'angle sacro-vertébral d'un bassin rétréci à un degré médiocre (1).

Je vous conseille, Messieurs, si vous constatez l'existence de fractures à l'autopsie d'un nouveau-né, de faire dans votre rapport une description minutieuse de la lésion que vous avez observée, et en outre de conserver la pièce, de manière à l'avoir en votre possession, dans le cas possible où une contre-expertise serait réclamée.

Il est une autre variété de lésions que l'on rencontre fréquemment, au cours des expertises pratiquées sur des enfants mort-nés ; ce sont les hémorragies méningées. Dans ce cas, vous trouvez un épanchement sanguin, soit dans les mailles de la pie-mère, soit au niveau du bulbe, au-dessus et au-dessous de la tente du cervelet ; il arrive parfois que l'épanchement sanguin est très considérable et que le cervelet est entièrement recouvert par une nappe de sang. Cette lésion que l'on observe dans un grand nombre d'expertises, semble due à l'aplatissement de la tête pendant le passage dans la filière pelvienne. Elle ne doit pas être considérée comme indiquant qu'il y a eu des manœuvres abortives (2).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Embolie graisseuse

Par M. le Pr Forgue

Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de Montpellier

Définition. — L'embolie graisseuse est constituée par la *pénétration dans le sang de gouttelettes de graisse* (lipémie) qui, venues d'un foyer traumatique, passent dans le système veineux, atteignent le cœur droit et l'artère pulmonaire, s'arrêtent ordinairement dans les capillaires du poumon, mais peuvent traverser la circulation pulmonaire, tomber dans le système aortique et être ainsi transportées dans les viscères où elles obtruent les réseaux capillaires.

(1) A. Danyau, *Des fractures des os du crâne qui sont quelquefois le résultat d'accouchements spontanés (Journ. de chirurgie*, t. I, 1843, p 40). — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1857, p. 263 et 278. — Tardieu, *Etude médico-légale sur l'infanticide*, 1880, p. 114.

(2) Brouardel, *L'infanticide*, 1897, p. 47. — Obs. XII, XIII, XIV, XVI, LXIX, LXX.

Leçon rédigée par P. Reille et destinée au livre de M. Brouardel sur l'avortement, chez Baillière.

Digitized by Google

Etiologie et pathogégie. — Pour les conditions étiologiques qui peuvent produire l'embolie graisseuse, *la première place appartient aux lésions osseuses*, traumatiques ou accidentelles, et principalement à celles qui s'accompagnent d'un écrasement médullaire : fractures (76 0/0, d'après Flournoy); inflammations aiguës et chroniques des os ; résections et surtout évidements de foyers ostéo-myélitiques. Les vastes contusions des parties molles sont une cause possible de cette complication.

Le mécanisme de l'embolie graisseuse a été précisé par le travail fondamental de Bergmann, en 1863, par les recherches de Busch qui expérimenta sous la direction de von Recklinghausen, par l'étude expérimentale de Wiener sortie du laboratoire de Cohnheim en 1879, par les importantes publications de Scriba, par l'article très complet de Groubé en 1895.

Pour obstruer les vaisseaux sanguins, la graisse doit être liquide : voici un premier fait déjà indiqué par Magendie en 1827 ; confirmé, en 1860, par Schwick et Weber, Une émulsion graisseuse, le lait, par exemple, ne fait pas d'embolie obturante, en raison de la faible dimension des glomérules graisseux qui, moindres encore que les globules sanguins, roulent et circulent sans s'agglomérer. Or, dans le tissu osseux, les conditions sont favorables à la production d'embolies ; la graisse, très abondante dans la substance médullaire, y provient d'alvéoles pauvres en tissu cellulaire et qui, partant, ne peuvent la fixer; les capillaires veineux, à large calibre et à minces parois, déchirés par le traumatisme, absorbent facilement cette graisse, grâce surtout à l'aspiration pulmonaire.

Voici donc la graisse dans les veines : elle arrive au cœur droit et est lancée dans le réseau capillaire du poumon, point de convergence de tout le système veineux de l'économie. Au microscope, on voit, après l'action de l'acide osmique, les réseaux capillaires des lobules comblés par une masse colorée en noir. La graisse, une fois arrivée dans le poumon, va y provoquer des troubles *mécaniques* de circulation : en effet, les molécules graisseuses, aseptiques, ne contiennent pas elles-mêmes d'agents inflammatoires. Il est rare qu'elle supprime du coup un champ pulmonaire assez vaste pour produire l'asphyxie. Elle détermine, surtout, un œdème aigu du poumon, dont Bergmann a montré toute l'importance clinique et que Virchow explique par la congestion collatérale des lobules dont les vaisseaux ne sont pas obtrués. Il résulte aussi de l'obstruction des dernières ramifications de l'artère pulmonaire la production d'infarctus hémorrhagiques: toutefois les recherches de Cohnheim et de Zillen ont établi que, grâce aux anastomoses entre l'artère pulmonaire et les artères bronchiques, la circulatiou collatérale suffit, jusqu'à un certain point, à nourrir le tissu alvéolaire lorsque les branches de la première sont passées à la circulation.

La graisse d'ailleurs, quand le sujet survit, dépasse la circulation pulmonaire : grâce à la largeur des capillaires du poumon, grâce à la propriété de la graisse de se former en cylindres très peu adhérents aux parois vasculaires (Wiener), les molécules graisseux s'évacuent graduellement, comme Scriba l'a établi. La voici passée dans le système aortique. Trois organes sont les lieux de choix de sa fixation dans les capillaires viscéraux : le rein, le foie, la rate. Cliniquement, la localisation rénale est la plus intéressante : la graisse, accumulée dans les glomérules, passe au dehors avec l'urine ; et sa présence dans cette excrétion est le signe de l'embolie graisseuse.

Symptomes et diagnostic. — Chez un fracturé, chez un malade qui a subi une intervention osseuse, on voit apparaître ou bout d'un ou quelques jours des *phénomènes de dyspnée* : ce retard ordinaire dans le développement des accidents tient, non pas au temps nécessaire pour le transport mécanique de la graisse (car Scriba l'a vu expérimentalement apparaître dans les capillaires pulmonaires quarante-deux secondes après l'infection), mais à l'évolution des troubles congestifs ou ischémiques résultant de l'obstruction circulatoire. Cette dyspnée est subite, accompagnée de toux et d'expectoration tantôt sanguinolente (ce qui indique l'infarctus), tantôt liquide, abondante et mousseuse (ce qui résulte de l'œdème pulmonaire). La percussion révèle une matité plus ou moins étendue ; l'auscultation fait entendre des râles sonores.

Le travail du cœur est accru par les embarras de la circulation pulmonaire : les contractions s'accélèrent et s'affaiblissent, le cœur droit se dilate. Dans les cas graves, les troubles cérébraux (vertiges, apathie, perte de connaissance) deviennent prépondérants ; le coma diabétique a été rattaché par quelques-uns à la lipémie.

Le symptôme pathognomonique de l'embolie graisseuse, c'est la constatation de la graisse dans l'urine. Elle peut y être révélée dès le début de la maladie. A la surface de l'urine graisseuse, on voit se former une couche blanchâtre et nébuleuse, une goutte prélevée dans cette couche, montre, sous le microscope, une quantité de globules ronds, à contours délicats, colorés en brun foncé par l'addition d'une goutte de solution d'acide osmique au centième. Il semble que l'élimination des molécules graisseuses par les urines s'accomplisse par de véritables décharges périodiques que Scriba a cherché à fixer, la première va du deuxième au quatrième jour ; la seconde du

Digitized by Google

dixième au quatorzieme ; les suivantes à intervalles de six ou dix jours.

Pronostic. — L'embolie graisseuse est plus commune qu'on ne le dit dans les classiques français : c'est une lésion qu'il faut rechercher, par l'examen des urines, dans tous les cas de dyspnée subite, croissante, ne répondant point à une inflammation broncho-pulmonaire. Les cas mortels sont la faible minorité ; Scriba n'a-t-il point cherché à étudier expérimentalement qu'il faudrait le passage dans le sang de 210 grammes de matière graisseuse pour tuer un homme, dose cliniquement irréalisable. Il est certain, comme le dit de Groubé, que de nombreuses embolies ont été méconnues durant la vie et même sur la table d'autopsie. Dans les cas non mortels, où la graisse a le temps de s'éliminer, l'embolie se traduit par des accès de dyspnée, par l'expectoration mousseuse ou sanguinolente ; peu à peu, ces symptômes s'amendent, la graisse disparaissant du réseau pulmonaire. Quand la mort survient, elle est souvent causée par la faiblesse du myocarde : ici, comme en maintes affections, selon le mot fameux, le mal est au poumon, le péril est au cœur.

RÉPERTOIRE DE FORMULES

Formules défectueuses. — Une formule défectueuse peut présenter, entre autres défauts, une ou plusieurs incompatibilités : incompatibilité physique, incompatibilité chimique, incompatibilité physiologique.

Nous ne nous proposons pas de faire ici une classification des medicaments incompatibles, bien au contraire, c'est au hasard, quand elles nous tomberont sous les yeux, que nous signalerons quelques préparations... mauvaises, disons-le, qui embarrassent souvent le pharmacien chargé de les exécuter et quelquefois l'estomac du malade auquel elles sont destinées.

Par exemple dans la formule suivante :

Tartrate ferrico-potassique....	10 grammes
Extrait de quinquina.....	20 —
Vin de Malaga.....	500 —

Le médecin s'est proposé de prescrire un tonique énergique, malheureusement la dose d'extrait de quinquina est trop élevée, une partie refusera de se dissoudre et restera au fond du flacon ; de plus, par suite de l'association du tanin et du fer, il se formera de l'encre, et pourtant la composition de l'encre est bien connue.

Bien connue aussi est l'action de l'alcool sur la gomme qu'il précipite, ce qui n'empêche qu'il n'est pas rare de voir des formules dans le genre de celle ci :

Teinture de belladone.....	XV gouttes
Alcoolature de rac. d'aconit...	XV —
Alcool à 90°.....	50 grammes
Julep gommeux	150 —

Dans ces deux cas, les péparations n'auront à coup sûr aucun droit au titre de préparations magistrales, mais si elles ne flattent ni l'œil, ni le palais du malade, du moins elles n'auront pas d'action trop nuisible pour sa santé. Il n'en est pas de même pour la suivante :

Calomel.....	1 gramme
Looch blanc	150 —

Le patient qui prendra cette solution de cyanure mercurique pourra s'en trouver fort incommodé.

On doit à la vérité de dire qu'il est rare de voir de pareils breuvages formulés, par contre, certains produits absolument consacrés par l'usage se prescrivent journellement alors que le simple raisonnement devrait les bannir de la pratique. Tel est le cas du vin d'hémoglobine qui jouit d'une grande faveur au mépris d'une incompatibilité flagrante : précipitation de l'hémoglobine par le tanin. Un autre exemple nous est fourni par l'elixir de pepsine dont la composition proteste contre une loi fondamentale de la chimie physiologique à cause de l'alcool qu'il contient.

On conçoit aisément que si des préparations inscrites dans tous nos formulaires prêtent à de pareilles critiques, le praticien qui a le désir de faire de la thérapeutique raisonnée devra agir avec prudence quand il composera lui-même une formule de toutes pièces.

La prescription suivante en fournit la preuve :

Sulfate de spartéine.....	0 gr. 40
Iodure de strontium.....	4 grammes
Eau.....	100 —

Quand on exécute cette préparation on obtient au lieu de la solution sur laquelle compte le médecin un précipité en suspension dans l'eau. La même surprise est réservée avec la formule ci-dessous trop souvent employée :

Chlorhydrate de cocaine	0 gr. 10
— de morphine....	0 — 02
Eau de chaux.....	30 grammes
Sirop de sucre.....	40 —

Le vieil adage « corpora non agunt nisi soluta » mérite d'être mieux respecté.

A. G.

Emploi thérapeutique du salicylate d'amyle ou amylénol. — Voici quelques renseignements que nous empruntons à M. Lyonnet (*Lyon méd.*, 18 novembre 1900) : Liquide incolore, à peu près insoluble dans l'eau, se dissout dans l'ether, le chloroforme, l'alcool.

Employé en badigeonnages locaux avec 2 à 3 grammes en recouvrant ensuite avec du coton et une toile imperméable. Il ne produit pas d'irritation et a une odeur moins forte que le salicylate de méthyle.

On peut également le donner par voie stomacale en capsules de 0,20 centigr.; 10 par jour. Il s'élimine assez rapidement par les urines, ne produit pas de bourdonnement d'oreilles, et calme assez rapidement les douleurs.

Sur dix malades de l'hôpital de la Croix-Rousse, dit M. Lyonnet, ayant des manifestations rhumatismales diverses, j'ai constamment obtenu une diminution marquée des phénomènes douloureux et de la tuméfaction.

Sur une malade entrée avec des localisations rhumatismales multiples, je fis faire des enveloppements avec du coton d'un côté, et avec du salicylate d'amyle de l'autre. Le lendemain la malade témoigna une diminution marquée des douleurs du côté où avait eu lieu l'application.

Dans un cas de pseudo-rhumatisme infectieux j'ai obtenu un résultat assez heureux.

Jamais je n'ai constaté l'ombre d'intolérance.

L'odeur n'a nullement fatigué les malades et leur entourage, comme cela arrive si fréquemment avec le salicylate de méthyle.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

MÉDECINE INFANTILE

Le foie dans les gastro-entérites des nourrissons. — Les anciens auteurs, Rilliet et Barthez, Lœwenstein avaient déjà parlé des modifications qui peuvent survenir au cours de la diarrhée des jeunes enfants, mais ils discutaient encore pour savoir si les lésions du foie étaient secondaires aux lésions intestinales, ou si elles n'étaient pas primitives et cause des troubles digestifs.

Les altérations hépatiques d'abord étudiées seulement au point de vue grossier, furent ensuite examinées histologiquement par Rolleston, Henoch, Biedert qui signalèrent la dégénérescence graisseuse, puis par Thiemisch, Pilliet, Gastou. E. Terrien en a fait récemment une étude détaillée (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, janvier 1900 et *Th. Paris*).

Les altérations histologiques du foie dans les gastro-entérites sont identiques, à l'intensité près, à celles qui surviennent dans les autres maladies infectieuses.

L'altération prédominante par son intensité et sa fréquence est une infiltration de cellules embryonnaires qui s'orientent parfois dans l'espace porte de façon à constituer des néo-canalicules. Autour de la veine centro-lobulaire elles forment un véritable manchon.

Les capillaires du lobule sont gorgés de sang, leur paroi est légèrement épaissie, les cellules endothéliales sont tuméfiées. Il y a une véritable capillarité. Autour des capillaires, le tissu conjonctif épaissi sépare les cellules hépatiques réalisant en certains points une véritable cirrhose mono-cellulaire.

Les cellules hépatiques, surtout au voisinage de l'espace porte, sont fréquemment infiltrées de granulations graisseuses ; celles-ci sont parfois très volumineuses. Dans d'autres cellules, le protoplasma prend un aspect hyalin, le noyau présente des signes d'irritation, il se multiplie.

Dans les formes aiguës, la congestion capillaire avec amincissement des travées hépatiques, domine. Le protoplasma des cellules est hyalin, le sang riche en globules blancs.

Dans les formes subaiguës, la capillarité apparaît.

Dans les formes prolongées, l'infiltration embryonnaire et la prolifération de l'élément interstitiel prédomine. Les altérations cellulaires sont plus marquées, on observe de la dégénérescence graisseuse.

Terrien démontre que les amas embryonnaires péri-vasculaires correspondent bien à un état pathologique et sont distincts des amas embryonnaires trabéculaires du foie fœtal.

Quelle est la cause de ces altérations hépatiques ? Sont-elles dues aux microbes de l'intestin qui seraient apportés au foie et y agiraient directement, ou aux toxines élaborées par les microbes intestinaux ? C'est là une question insoluble, car on sait que les lésions produites dans le foie par les microbes sont identiques aux lésions produites par les toxines microbiennes. On peut seulement prévoir que les toxines jouent un rôle plus important que les microbes eux-mêmes parce que les microbes intestinaux pris par les lymphatiques n'arrivent au foie qu'indirectement par l'intermédiaire de la circulation générale (Thiemisch); injectés même dans la veine mésaraïque, les bacilles charbonneux ou tuberculeux disparaissent rapidement du foie (Sirleo et Maffucci).

Les lésions hépatiques sont extrêmement fréquentes dans les gastro-entérites ; mais elles sont fugaces et se réparent avec la plus grande rapidité. La guérison est généralement complète. Peut être cependant les infections hépatiques répétées au cours des gastro-entérites de l'enfance, jouent-elles un rôle dans l'étiologie des cirrhoses du foie comme Siredey, Laure et Honorat, M. Clarke l'ont pensé. Gilbert et Fournier, Hébrard, Bourdillon ont rapporté plusieurs observations de cirrhoses hépatiques n'ayant pour cause que des maladies infectieuses — E. L. M.

La pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés. — Parrot montra le premier en 1872 la relation de la pseudo-paralysie des nouveau nés avec les altérations syphilitiques des os. L'affection est constituée par une ostéochondrite juxta-épiphysaire qui amène la séparation de l'épiphyse et de la diaphyse. Après Zappert, Heubner, Millard, Marcel Labbé, qui lui donne le nom de disjonction épiphysaire des syphilitiques, Oberwarth a repris l'étude de cette affectipn en la basant sur l'observation de douze cas (*Jahrbuch für Kinderheilk.*, 30 mai 1899).

Cette affection est relativement assez fréquente. Sur 236 enfants atteints de syphilis héréditaire, Oberwarth a observé la pseudo-paralysie dans 5 pour 100 des cas. Elle survient pendant les premières semaines de l'existence; en général avant le troisième mois, quelquefois cependant au septième ou huitième mois seulement.

Elle apparaît généralement en même temps que les autres manifestations de la syphilis héréditaire précoce : coryza, papules, rhagades des lèvres, pemphigus de la paume des mains et de la plante des pieds, tuméfaction du foie, etc.

Digitized by Google

Les observations de Parrot et de Millard ont montré que la pseudo-paralysie etait curable. Effectivement, dans les cas de Oberwarth, les extrémités des membres récupérèrent leur mobilité en l'espace de deux à cinq semaines sous l'influence du traitement.

La pathogénie de cette affection a été comprise de diverses façons. Tandis que Parrot la considérait comme une ostéite douloureuse, Henoch et Heubner mettent en doute cette pathogénie, Reuter parle d'une affection des nerfs périphériques, Pollak du systéme nerveux central, Zappert admet que certains cas relèvent d'une affection douloureuse des os, certains autres d'une altération de la moelle.

Oberwarth repousse l'hypothèse d'une affection nerveuse et admet l'explication donnée par Parrot. En effet, la mobilité du pouce et des autres doigts, tandis que la main elle même est immobile, l'intégrité des réactions électriques, la guérison rapide sous l'influence du traitement spécifique, ne sont pas en faveur d'une paralysie d'origine centrale ou périphérique.

D'autres signes d'une affection nerveuse tels que les modifications des réflexes, les troubles de la vessie, la céphalée, les irrégularités du pouls, etc., faisaient défaut complètement.

Les contractures toniques et les spasmes sont attribués par cet auteur à des actions réflexes.

Dans la plupart des cas, on observe, au contraire, des altérations manifestes des os : c'est un gonflement des extrémités osseuses, de la crépitation, de la douleur déterminée par les mouvements et la pression. Dans les cas de ce genre, lorsqu'on ne trouve pas, à l'autopsie, de gonflement épiphysaire ou de décollement des extrémités osseuses, on observe toujours à la section de l'os des altérations dues à l'ostéite syphilitique.

Toutefois, la pseudo-paralysie peut aussi, dans quelques cas, relever d'une affection du système nerveux, et Oberwarth l'a vu coïncider une fois avec l'épilepsie héréditaire.

Le traitement doit être commencé aussitôt que possible. Il consiste dans l'administration du mercure sous forme de liqueur de Van Swieten ou de frictions avec de l'onguent mercuriel. — E. L. M.

MÉDECINE

Les battements bucco-pharyngés dans l'insuffisance aortique. — Quoique ce phénomène ait été étudié par Huchard, Merklen, A. Petit, Muller, Litten, Gerhardt, les stomatologistes et les laryngologistes ne le signalent pas encore dans leurs traités. C'est pourquoi Schlesinger en a repris l'étude sur 40 sujets (*Wiener Klin. Wochenschrift*); mais à cause de la difficulté qu'éprouvent certains malades, surtout ceux qui souffrent de dyspnée, à tenir la bouche ouverte ou à se laisser abaisser la langue, il n'a pu examiner utilement que dix personnes. Schlesinger distingue deux variétés de battements. La première est constituée par le pouls amygdalien de Huchard : les amygdales sont animées de battements qui leur sont transmis par les carotides ; les piliers et la base de la langue peuvent y participer. On ne constate ce phénomène que dans les cas d'insuffisance aortique très accentuée.

L'autre variété consiste en un gonflement et dégonflement alternatif des parties molles de la bouche et de la gorge ; il se voit à la base de la langue, aux piliers, au voile du palais, à la luette ; la muqueuse du palais osseux et des gencives est trop intimement fixée sur l'os pour battre à l'unisson. Tous ces organes gonflent et dégonflent en même temps, de sorte qu'on assiste à un élargissement et à un rétrécissement rythmique de la cavité bucco-pharyngée. En plaçant une languette de papier de soie, un duvet ou une flamme devant la bouche du malade pendant qu'il retient sa respiration, on peut démontrer facilement le va-et-vient de la colonne d'air intra-buccale.

Schlesinger signale encore un cas de pulsation unilatérale. L'athérome avait diminué la lumière de la carotide gauche, et l'ondée sanguine ne pénétrait avec violence que dans la carotide droite ; pendant la systole la luette s'inclinait fortement à gauche, pendant la diastole elle revenait vers la droite.

Comme les autres auteurs, Schlesinger considère ces battements l'analogue comme un pouls capillaire de la muqueuse, tout en insistant sur l'élargissement concomittant des artérioles ; car le pouls capillaire peut parfois exister ailleurs, et manquer sur la muqueuse bucco-pharyngée. — Bd.

Un trouble de l'évacuation alvine d'origine psychique. — Sous le nom de « timidité urinaire » le Pr Guyon a décrit un phénomène assez fréquent qui consiste dans l'impossibilité absolue d'uriner tant que le sujet se sait ou se croit observé ; James Paget l'appelle le bégaiement urinaire. Ce phénomène d'inhibition existe aussi pour la défécation, et Weir-Mitchell en parle pour le déclarer très rare et de nature hystérique (Lectures on diseases of the nervous system 1885). A. Pick, de Prague, a observé un homme de 50 ans qui, depuis sa 14e année, présente cette timidité alvine et urinaire. Atteint une fois de variole, il lui fut extrêmement pénible de faire ses besoins au lit. Il a toujours évité d'aller dans les chalets de nécessité ; il ne va aux cabinets qu'aux heures où il est certain de ne pas y être dérangé ; la

Digitized by Google

crainte ou l'idée même d'un dérangement possible le met dans l'impossibilité de satisfaire ses besoins. Pour occuper son esprit, il porte toujours sur lui un prospectus de loterie d'argent dont il étudie les chiffres ; ce petit stratagème lui réussit souvent. Avec le temps, sa timidité n'a fait qu'augmenter. A l'examen le sujet ne présente aucun signe de maladie ni aucun stigmate d'hystérie ; il est plutôt un neurasthénique avec des obsessions hypochondriaques; il se croît malade de l'intestin, se plaint de ballonnement, de faux besoins d'uriner et de ténesme (*Wiener Klin. Rundschau*). — Bd.

Anévrysme du cœur. — Le Pr Leyden a présenté en juin à la Société de médecine interne de Berlin le cœur d'un boucher, âgé de 28 ans, atteint d'obésité et de cyanose et mort subitement pendant une conversation.

Ce cœur est augmenté de volume, le ventricule gauche est globuleux, surtout à la pointe, où il forme un vrai anévrysme du cœur. A ce niveau, le myocarde est aminci et on y constate une légère péricardite et une dégénérescence fibreuse du muscle. Les vaisseaux afférents sont épaissis et oblitérés, surtout une branche importante ; leur adventice est partout proliférée. Leyden soupçonne la syphilis comme facteur étiologique, mais il ne peut pas la démontrer d'une façon certaine (*Therap. Monatshefte*, sept. 1900). — Bd.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'ostéomyélite de l'os iliaque. — Affection peu fréquente et souvent méconnue, l'ostéomyélite de l'os iliaque n'est guère décrite que depuis 1880 dans les thèses de Pion et de Favier ; en 1886. M. Lannelongue et son élève Fleury lui consacrèrent des travaux intéressants ; récemment le Dr Pasquier (Th. Paris 1900) a repris la question surtout au point de vue clinique.

L'ostéomyélite de la face externe de l'os coxal, qui est la variété la plus fréquente, présente les symptômes ordinaires de l'ostéomyélite, douleur profonde, fixe, chaleur, rougeur, développement d'un lacis veineux cutané, tuméfaction avec fluctuation ou tout au moins empâtement profond.

L'évolution peut être aiguë, subaiguë ou chronique, elle varie d'ailleurs avec le siège.

Un certain nombre de complications sont à redouter, telles que les foyers secondaires, les arthrites purulentes, la phlébited es veines iliaques, l'infection purulente.

Un certain nombre d'affections, phlegmon profond de la fesse, coxalgie, sacro-coxalgie, abcès par congestion passant par l'échancrure sciatique, appendicite, psoïte, pourront dans quelques cas simuler l'ostéomyélite de la face externe, ou de la face interne de l'os coxal, de même l'ostéosarcome de cet os pourrait être confondu avec une ostéomyélite subaiguë ou chronique ; mais l'analyse des symptômes, d'une part, l'évolution d'autre part, permettront d'éviter ces erreurs.

Le pronostic est plus grave dans les formes aiguës et subaiguës, il est plus grave aussi dans l'ostéomyélite de la face interne, mais il n'est pas aussi souvent fatal que le pensait Fleury.

De l'ostéomyélite aiguë du col du fémur. — L'ostéomyélite localisée au col fémoral, comme toute ostéomyélite en général, s'observe surtout chez l'enfant et l'adolescent. Sa pathogénie ne présente rien de particulier, elle reconnaît pour cause les microbes ordinaires de la suppuration. Sa localisation la plus fréquente est intra-articulaire, mais dans certains cas elle est extra articulaire et débute par le grand trochanter.

Cliniquement, le Dr Cœurderoy (Th. Paris 1900) distingue avec Ponce une forme suraiguë dans laquelle les symptômes généraux dominent la scène, une forme aiguë à localisation très nette et une forme légère qui correspond aux douleurs de croissance ; d'ailleurs on peut observer une foule de variétés.

Le pronostic est grave, des complications peuvent survenir aboutissant à la mort ; cependant la période aiguë passée, le pronostic est moins grave.

Le traitement sera institué de bonne heure et l'on devra recourir d'emblée, dans la plupart des cas, à une large trépanation du col et du grand trochanter, car l'incision simple et la résection ne sont pas suffisantes.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de la coxalgie avec abcès. — Nous avons vu précédemment (*Journal des Praticiens*, page 809), comment il fallait, d'après M. Morestin, traiter la coxalgie avant la formation d'abcès ; le traitement diffère lorsque ceux ci se sont développés, car c'est la période dangereuse, et, de l'évolution de ces abcès dépend le pronostic vital de la maladie. Deux indications à remplir, fixer la jointure, traiter les abcès.

A cette période, on observe presque toujours avec les abcès des attitudes vicieuses ; doit-on les réduire, d'abord, et en un temps ? M. Kirmisson s'élève contre cette pratique en raison des dangers qu'elle com-

Digitized by Google

porte; c'est ainsi qu'il a vu plusieurs fois survenir des méningites. M. Jalaguier ne pratique point le redressement forcé quand il y a des abcès et de la fièvre. L'extension continue est alors indiquée car, sans secousses ni violences, elle ramène le membre à la rectitude. Mais il faut, pour cela, que la disposition des abcès permette le séjour prolongé dans le décubitus dorsal ; dans certains cas même on pourrait tenter de faire l'extension le malade reposant sur le côté sain.

L'extension sera appliquée pendant toute la durée de cette période, en laissant la hanche libre, elle permet d'explorer facilement la région et de traiter les abcès. Quand il n'existe qu'un petit abcès, quand on peut revoir souvent le malade, quand on a traité l'abcès et qu'il est en voie de décroissance, il peut être bon de mettre un appareil plâtré, fenêtré au besoin.

L'abcès doit être traité dès qu'il est reconnu et l'on ne doit jamais attendre que la peau soit amincie, altérée, il faut à tout prix empêcher l'ouverture spontanée. C'est pourquoi on doit souvent examiner le malade afin de ne pas laisser passer inaperçues les collections qui se dévoloppent sans douleur et sans fièvre ; redoubler d'attention quand un coxalgique, en appareil souffre, c'est, le plus souvent, qu'il prépare un abcès.

Le traitement de choix consiste à vider la poche et à y injecter une substance antiseptique et bactéricide. On emploie surtout aujourd'hui l'éther iodoformé, le naphtol camphré, le thymol camphré, la glycérine iodoformée : le premier paraît supérieur aux autres, on l'emploie en solution à 5 p. 100 ; l'éther, une fois dans la poche, se volatilise et porte jusque dans les derniers recoins les particules médicamenteuses, couvrant ainsi toute la paroi d'un véritable pansement interne.

Pour donner de bons résultats, ces injections doivent être pratiquées avec le plus grand soin ; on doit ponctionner très obliquement en enfonçant l'aiguille à distance de l'abcès à travers les tissus sains, vider la poche aussi complètement que possible et n'y laisser qu'une quantité modérée du liquide médicamenteux, de façon à ce qu'il n'y ait pas surdistension.

Il est parfois nécessaire de répéter la ponction, la poche se remplissant de nouveau, sans arriver à la guérison.

Beaucoup de chirurgiens conseillent de continuer ces ponctions avec patience ; ils rejettent l'opération qui comporte trop d'imprévu et doit être souvent poussée beaucoup plus loin qu'on ne croyait. A côté, sont les interventionnistes dont M. Ménard, qui, lorsque les abcès résistent aux ponctions suivies d'injections de naphtol camphré, fait le curettage intégral de l'articulation ou la résection pure et simple.

L'expérience lui a fait connaître que, dans ces cas qui constituaient une sorte d'anomalie, il y avait un obstacle à la guérison qui ne pouvait être levé que par une intervention, séquestre, lésion acétabulaire, inaccessible aux injections, trajet coudé, canaliculé, très irrégulier ou valvulaire empêchant le liquide médicamenteux d'entrer en contact avec la lésion osseuse. C'est que ces collections périarticulaires, accessoires et dépendantes, ne sont rienque des expansions de la lésion ostéo-articulaire, et ont de grandes chances de se reproduire si l'on a respecté leur point de départ. Qu'au contraire, la lésion osseuse ou articulaire soit en voie de régression, et l'abcès pourra guérir spontanément ou par des moyens simples. M. Ollier a fait remarquer avec raison que les abcès guérissent beaucoup mieux quand la coxalgie a été déjà traitée, d'autant mieux qu'ils ont été plus tardifs et que l'immobilisation a été plus prolongée et plus complète. C'est un point que signale aussi très justement M. le Pr Berger

Dans les abcès longtemps rebelles il est utile d'intervenir, mais alors on doit s'efforcer de détruire les tissus malades, en respectant autant que possible, la charpente articulaire ; on recherchera la réunion immédiate afin d'avoir plus de chances d'éviter la fistule.

Pour éviter les infections secondaires on devra ne pas drainer, car dans ces cas, le drain, c'est plus souvent la fistule : on doit donc réunir complètement.

Quant au drainage articulaire, outre qu'il n'est pas facile, il est peu efficace, aussi M. Morestin rejette le drainage dans la coxalgie fermée pour le réserver à la coxalgie devenue fistuleuse ou infectée à la suite d'une maladie intercurrente.

Les opérations d'arthrectomie sont très illusoires dans la coxalgie, aussi est-on tenté de substituer à ces opérations parcimonieuses une résection typique, méthodique, régulière.

La résection de la hanche a eu des fortunes diverses et actuellement les chirurgiens les plus compétents sont divisés : M. Kirmisson n'en veut à aucun prix, M. Félizet, au contraire, la défend avec énergie : M. Ménard résèque volontiers, mais dans des cas déterminés et après échec du traitement conservateur. La question est difficile à trancher, mais il est certain que la résection peut abréger le temps de la maladie, qu'elle est particulièrement justifiée dans certains cas où les autres méthodes sont lentes, imparfaites, et où l'existence même est menacée. Cependant, les résultats sont discutables, et les résultats éloignés principalement. La marche peut être bonne quelques mois après l'intervention et devenir

Digitized by Google

de plus en plus défectueuse. L'acte opératoire a porté sur un os en voie de croissance, et bien que les belles expériences d'Ollier aient montré un surcroît d'activité du côté de l'épiphyse inférieure, activité qui se traduit par un allongement compensateur, un accroissement plus rapide que pour l'os placé dans les conditions normales, il n'en reste pas moins un déficit, il y a eu la perte de substance opératoire, et celle due à la suppression du cartilage épiphysaire supérieur. Le membre est raccourci, et bien qu'il soit nécessaire de tenir compte de l'atrophie que subit tout membre atteint dans l'enfance d'une lésion chronique, il est certain que la résection est pour beaucoup dans cet état.

Il faut encore considérer l'état de la nouvelle jointure; la suppression du col fémoral modifie grandement le mode de sustentation et influe beaucoup sur la locomotion. Quand le fémur ne se soude pas au bassin, l'opéré est infirme. La situation est meilleure en cas d'ankylose, car tout en boîtant il marche beaucoup mieux.

Les coxalgiques guéris par le traitement conservateur marchent infiniment mieux, on ne saurait le nier, même quand l'attitude n'est pas très bonne, et c'est une grande supériorité. Peut-être leurs chances de guérison durable sont-elles moindres, peut-être sont-ils plus prédisposés aux récidives ou à d'autres manifestations de la tuberculose et exposés à des chances de mort un peu plus nombreuses.

Cependant il faut savoir que la guérison est surtout une question de milieu, de soins ultérieurs, de relèvement de la santé générale. Les tuberculoses locales une fois éteintes peuvent rester définitivement guéries, et les anciens coxalgiques soignés par les moyens simples sont nombreux. Le traitement conservateur, quand il réussit, donne, dans la coxalgie suppurée, des résultats auxquels on ne peut comparer, même de loin, les suites des résections les plus heureuses.

Dans l'immense majorité des cas, ce traitement doit suffire, plus de neuf fois sur dix les abcès guérissent par les simples injections, et l'enfant se trouve ramené aux conditions où il se trouvait avant cette complication.

En cas d'insuccès avéré des injections on est autorisé à faire davantage et de même dans certains cas fébriles très douloureux, malgré l'immobilisation; la résection trouve là de suffisantes indications. Mais, d'une façon générale, le traitement doit consister le plus longtemps possible dans les petits moyens. Il faut savoir attendre, ne pas croire trop rapidement qu'on a la main forcée. — J.-H. M.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance est levée en signe de deuil à l'occasion de la mort de M. Bergeron, secrétaire perpétuel *(11 décembre)*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

A propos de l'intoxication hydatique. — M. Linossier rapporte une expérience montrant le peu de toxicité du liquide hydatique. Des doses élevées de liquide extrait d'un kyste hydatique du foie d'une femme, furent injectées par lui à divers animaux, sans que ceux-ci témoignassent le moindre malaise.

Il en tire cette conclusion que la toxicité du liquide hydatique, si elle existe, est très variable, et ne se montre peut-être qu'à une période particulière de l'évolution des kystes.

Myélite cervicale. — M. Geffroy communique au nom de M. Deshayes, d'Orléans, un cas de myélite aiguë du renflement cervical terminé par la mort au 5e jour *(7 décembre)*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Cholécystostomie dans l'angiocholite. — M. Lejars rapporte un cas d'infection hépatique chronique, non calculeuse, au cours de laquelle la cholecystostomie a été suivie d'un résultat très favorable.

Il s'agit d'une femme de 45 ans, malade depuis 7 mois, entrée à l'hôpital très amaigrie la peau jaunâtre, la langue sèche, sans appétit. Le ventre était météorisé, on sentait dans l'hypochondre droit une masse ferme, sensible à la pression, donnant la sensation d'une vésicule biliaire distendue M. Lejars, croyant avoir affaire à une cholécystite calculeuse, pratiqua la laparotomie. Il trouva un foie gros, bosselé, dur, de couleur jaune chamois et présentant les apparences d'un foie cirrhotique. La vésicule, de grosseur moyenne, fut ouverte, mais ne contenait aucun calcul, de même que les voies biliaires. Pensant que le drainage biliaire pourrait nettoyer les voies biliaires, il pratiqua l'abouchement de la vésicule à la peau. Les suites de cette opération furent très satisfaisantes. La malade retrouva l'appétit, ses digestions se firent bien, l'ictère disparut et elle reprit de l'embonpoint. Trois mois et demi après, il ferma la fistule biliaire, la guérison a persisté depuis.

M. Lejars termine sa communication par les considérations suivantes :

Il n'est pas douteux qu'il faille tenir compte, dans l'appréciation de ce résultat, du repos, du régime lacté, de l'hygiène, que la malade a suivis forcément, au cours de son hospitalisation ; mais ces influences ne me paraissent réellement pas suffisantes à donner le pourquoi de l'amélioration considérable que j'ai observée ; et, lorsque je compare l'état de la malade en juin, à son entrée, et celui dans lequel je l'ai retrouvé, après trois mois et demi de

Digitized by Google

drainage biliaire, je reste convaincu que ce drainage a eu sa part indéniable dans ce résultat et qu'il a exercé, sans aucun doute, une action positive et heureuse. Quel que soit le mécanisme exact de cette action, nos savons quels services il nous rend dans les angiocholites aiguës, et j'ai eu l'occasion, pour ma part, de vous présenter, en 1897, un malade que j'avais opéré dans des conditions extrêmement graves, pour des accidents d'angiocholite infectieuse aiguë: la cholécystostomie avait fait tomber tous ces accidents, et, depuis lors, notre malade est resté guéri.

Ce que nous obtenons dans les infections aiguës des voies biliaires, pourquoi ne l'obtiendrions-nous pas, au moins dans une certaine mesure, dans les infections chroniques ? Il s'agit là, sans doute, d'une question neuve, fort complexe. Mais, sans chercher, à l'heure actuelle, à poser des indications, sans croire le moins du monde que nos améliorations ont la valeur de cures définitives, je pense que le drainage biliaire pourra être utile dans certaines de ces infections chroniques du foie, de ces cirrhoses au début, et ce que j'ai fait chez ma malade, sur un faux diagnostic de cholécystite calculeuse, je suis prêt à le refaire, de propos délibéré, dans les conditions que je viens de signaler.

Péritonite suppurée diffuse consécutive à une perforation typhoïdique de l'intestin grêle, laparotomie, guérison. — M. Loison, du Val-de-grâce, rapporte l'observation d'un malade qu'il a opéré avec succès dans ces conditions.

Il s'agit d'un soldat de 24 ans, qui au 16e jour de la maladie, fut atteint de symptômes de péritonite aiguë, attribuable selon toute vraisemblance à une perforation de l'intestin grêle. M. Loison fit la laparotomie médiane à la 15e heure des accidents, et après avoir déroulé l'intestin grêle, trouva une petite perforation située à 40 centimètres environ de la valvule de Bauhin. Cette perforation fut saturée par deux plans de suture, puis le ventre fut débarrassé de ce qu'il contenait par les larges irrigations à l'eau boriquée, puis avec le serum physiologique chaud. Drainage de la santé péritonéale et fermeture partielle de la plaie abdominale. Des injections répétées de sérum artificiel, le bon fonctionnement du drain, une alimentation rationnelle assurèrent la guérison de ce malade, opéré en pleine fièvre typhoïde et en pleine péritonite *(5 décembre)*

Compresse de gaz oubliée dans le ventre et passée dans l'intestin. — M. Chaput. Il s'agit d'une malade atteinte d'une fistule pyo-stercorale depuis un an, au niveau d'une cicatrice de laparotomie faite en 1897. Or, cette femme avait subi en 1891 deux laparotomies pour grossesses extra-uterines ; la seconde fut particulièrement laborieuse, en raison d'une hémorrhagie en nappe qu'on ne put arrêter que par le tamponnement à l'aide de larges compresses laissées à demeure jusqu'au lendemain.

Les années suivantes furent pénibles, la malade souffrant de douleurs de ventre qui ne se calmaient que par le repos. Une hernie ventrale consécutive détermina en 1897 des symptômes d'étranglement pour lesquels M. Duret, de Lille, pratiqua une nouvelle intervention. Celle-ci fut faite avec succès, mais la plaie se cicatrisa incomplètement et donna naissance à une fistule pyo-stercorale, que M. Chaput fut appeler à traiter en 1898. Au cours de l'opération il trouva dans le ventre une énorme masse dure, longue de 30 centimètres, large de 6, paraissant faire corps avec l'intestin. La consistance pâteuse de cette tumeur rappelait celle du mastic, sa paroi peu épaisse, était constituée par l'intestin, probablement le colon descendant. M. Chaput l'ouvrit, et en retira une compresse de gaze, longue de 52 centimètres sur 44 de largeur, formée de 3 épaisseurs de mousseline fine, ourlée sur les bords. Elle était horriblement fétide, imprégnée de matières fécales et percée d'énormes trous. Suture de l'intestin et drainage du foyer. Les suites de cette opération furent relativement simples, la malade guérit complètement de tous les accidents qu'elle avait présenté pendant 7 ans, date à laquelle cette compresse avait été oubliée dans le kyste fœtal tamponné.

Les expériences de Jalaguier et de Mauclaire ont montré que les compresses laissées dans le péritoine sont brassées par les contractions intestinales ; elles se roulent en boule et constituent une masse dure qui s'entoure rapidement d'adhérences épaisses; celles-ci, en se rétractant, appliquent étroitement la compresse contre la paroi intestinale qui se trouve bientôt soulevée, puis perforée. La compresse s'engage peu à peu dans l'intestin et finit par y passer tout entière ; sa migration se trouve favorisée par l'ulcération de la muqueuse intestinale soulevée et aussi par l'infection qui, partie de l'intestin, se propage à la loge qui contient le corps étranger. L'élimination de ces compresses migratrices, lorsqu'elles ne sont pas trop volumineuses, se fait par les voies naturelles. Dans le cas contraire, elles déterminent des douleurs violentes, des phénomènes d'occlusion intestinale, des abcès qui s'ouvrent dans le ventre ou créent des fistules stercorales. Le diagnostic est extrêmement délicat, et le pronostic d'ordinaire fort grave.

(12 décembre.)

VARIÉTÉ

Davos et les sanatoria de la tuberculose

Lorsque, à la station de Landquart, le voyageur quitte le chemin de fer des Grisons, qui l'a amené de Zurich, il a autour de lui un merveilleux panorama. Dans le fond de la vallée, l'univers semble terminé par des pics d'une hauteur inouïe ; à droite et à gauche, les contreforts des Alpes présentent leurs cimes abruptes et dénudées, alors que plus bas une végétation luxuriante entoure les deux rives du Rhin supérieur, qui coule presque à côté de la gare. En arrière, on voit le château de Ragatz, l'entrée des gorges de Pfæffers et un chaos de sommets, qui graduellement s'abaissent de plus en plus du côté du lac de Constance.

Il est difficile de s'arracher à ce spectacle enchanteur ; quand

Digitized by Google

part le petit chemin de fer de montagne qui doit vous conduire à Davos, on reste longtemps encore dans le couloir du wagon, avant de s'installer dans un compartiment.

Si la ligne rhétique est à voie étroite, son matériel n'en offre pas moins un confort exceptionnel ; aussi, pendant les quatre heures que dure le trajet de Landquart à Davos, a-t-on autant de plaisir à circuler dans le corridor latéral, qu'à rester assis à une place quelconque.

Le voyage commence, il est vrai, par un nouvel enchantement. A peine le train s'est-il mis en marche, que l'on pénètre dans les belles gorges de la Klus. Le torrent roule impétueux contre le talus même du chemin de fer ; en face, des rochers énormes se dressent en muraille verticale de plus de cent mètres d'élévation. On éprouve aussitôt une agréable réminiscence, hélas ! trop courte, des plus beaux passages de la vallée de la Viège. Malheureusement le parcours n'est pas assez long, et déjà la locomotive est sortie de l'étranglement montagneux, qu'on voudrait y demeurer encore.

Tout est étrange et grandiose pendant cette montée, tout est merveilleux, et quoique vingt-quatre heures à peine vous séparent de Paris et de l'Exposition universelle, ou peut-être à cause de cela même, on se trouve plongé dans un ravissement perpétuel. Inutile de dire que l'atmosphère de la vallée du Prætigau (Val des Prés), ne ressemble en rien à celle de la galerie des Machines ou du Petit Palais ; mais aucun médecin n'a jamais conseillé à un tuberculeux, d'aller faire une cure d'air dans la rue des Nations ou au Vieux-Paris. A Wolfgang, on atteint 1.633 mètres, la plus haute altitude du val des Prés ; le chemin de fer redescend ensuite vers le lac de Davos et Davos-Dorf. Là déjà, on aperçoit un premier sanatorium, et un peu plus loin, un immense hôtel en construction.

A partir de maintenant, et durant les quinze dernières minutes de la route, se présentent partout des maisons destinées aux phtisiques. Il n'y a même que cela, avec de grands écritaux, des inscriptions colossales qui tirent l'œil. Aussi fera-t-on bien en débarquant à Davos de choisir un hôtel réservé aux passagers seulement et ne recevant pas de pensionnaires. Il en existe trois ou quatre. Quelque confiance qu'on ait dans la discipline des malades, soumis à une continuelle surveillance, il ne faudrait pas, au milieu de ces innombrables expectorants, prendre une chambre au hasard ou au petit bonheur. Il y a trop longtemps déjà que les tuberculeux du monde entier se donnent rendez-vous à Davos, pour que, malgré de multiples précautions, ils ne répandent pas le bacille de Koch autour d'eux. Dès aujourd'hui, on n'ignore pas que la population autochtone de Davos, autrefois indemne, commence à payer son tribut à la maladie. Si les indigènes de l'Engadine s'enrichissent aux dépens des malades, ceux-ci, pour me servir d'une expression vulgaire, n'y apportent pas seulement leurs pièces de cent sous.

Disons de suite, pour n'avoir pas à y revenir, qu'il y a à Davos trop de sanatoria, trop de malades, trop de prétentions à les sauver avec un même traitement et un même régime.

Quelque idéal que soit un site pour y soigner des poitrinaires, la première de toutes les conditions doit consister à éviter l'encombrement. Or, aujourd'hui à Davos, on construit les établissements les uns devant les autres, les uns au-dessus des autres, cherchant toujours une position un peu plus favorable, un peu plus de soleil, un peu moins de vent, une meilleure orientation. Pour peu que cela continue, la rapacité des habitants détruira tous les bienfaits que les tuberculeux pourraient retirer du climat, de l'exposition et de la pureté de l'air.

C'est là, la première chose qui frappe le médecin à son arrivée à Davos. Les sanatoria paraissent tous inviter à entrer chez eux.

Voilà pour l'aspect général de la localité. Maintenant voici pour l'installation particulière de l'un d'entre eux.

Nous allons visiter le sanatorium du docteur Turban. C'est le plus ancien, le mieux conditionné, dit-on, le plus célèbre en tous cas.

Oh ! certes ! son emplacement est délicieux ! Quel dommage qu'il y ait là tant de malades ! Soixante-huit, le jour du mois d'août dernier, où j'y ai pénétré.

Un peu à mi-côte, regardant en plein midi vers le bas de la vallée du Landwasser, il est admirablement abrité par la petite crête, sur laquelle nous passions deux heures plus tôt. Cette crête, toute boisée, dont l'altitude dépasse de 75 mètres environ celle de Davos-Platz, protège d'ailleurs toute cette région contre la bise du nord.

Devant le sanatorium, une immense prairie, qui lui appartient, empêchera les industriels de venir lui prendre sa part de soleil et de lumière. Toutes les chambres ouvrent de ce côté, et toutes donnent sur une terrasse ou un balcon de quatre à cinq mètres de largeur environ, où chaque malade trouve sa chaise longue, pour faire en même temps que sa cure d'air, sa cure de repos.

Les chambres sont en pitchpin ; l'ameublement est peu luxueux, mais éminemment confortable et soigné. A remarquer cependant qu'aucun angle n'est arrondi, que toutes les boiseries sont sculptées, qu'il y a trop de moulures, que ces ornementations sont autant de receptacles à poussière, autant de nids à microbes. Une imposte placée au-dessus de chaque porte-fenêtre est constamment ouverte.

Le chauffage se fait à la vapeur sous basse pression.

Les crachoirs sont parfaits ; il y en a partout : dans les corridors, couloirs, salles de réunion, et ils offrent toutes les qualités d'une bonne asepsie.

La salle à manger au rez-de-chaussée est superbe. Tous les pensionnaires y trouvent place autour de quatre immenses tables que président le docteur Turban ou un de ses trois assistants.

L'alimentation consiste en six repas : un premier déjeuner à 7 heures 1/2 du matin : café, thé, chocolat, cacao avec pain, beurre et miel. Deuxième déjeuner à 10 heures 1/2 : lait avec pain et beurre. Dîner à 1 heure : cinq services. Goûter à 4 heures : café avec lait, pain, beurre et miel. Souper à 7 heures : trois services. Enfin à 9 heures : lait.

On voit qu'on cherche à suralimenter les malades et à combiner avec la cure d'air, la cure d'alimentation. Les repas ne sont pas assez espacés, ils sont servis aux heures et à la façon des Allemands. Il semble bien difficile à un Français bien portant d'absorber tout ce qu'on veut faire avaler à un malade. Je doute fort qu'aucun estomac français puisse résister à ce régime pendant seulement huit jours. Ce mode de gavage ne peut déterminer qu'un continuel embarras gastrique et amener un dégoût absolu de toute nourriture.

Rien n'est plus mauvais, ni plus défectueux, que ces victuailles présentées en masse, qu'il faut s'administrer en tas, pour que ce soit le cube qui agisse en quelque sorte. N'est-il pas préférable pour les tuberculeux de remplacer cette alimentation trop copieuse par une nourriture substantielle ? Ne vaut-il pas mieux leur offrir des plats choisis à la place de mets de toutes sortes ?

Digitized by Google

N'est-il pas plus rationnel de rechercher la qualité que la quantité, et de tâcher d'exciter perpétuellement l'appétit ?

Le sanatorium de Turban recrute sa clientèle en Allemagne. Tous les domestiques sont allemands : tandis que dans le plus petit hôtel de la Suisse, on trouve toujours des garçons ou des femmes de chambre comprenant ou même parlant le français, on affecte ici de l'ignorer de la manière la plus complète.

On a toutes les peines du monde à converser avec le personnel en livrée et à obtenir les explications les plus simples et les plus élémentaires.

Tout se ressent de l'influence germanique : l'alimentation aussi bien que le reste.

Ce qu'il faut approuver sans réserve, c'est la douche quotidienne, donnée à tous les malades, par les médecins eux-mêmes, dans des salles d'hydrothérapie supérieurement agencées.

Lorsqu'on a tout parcouru, que la visite est terminée, que l'on a examiné le sanatorium sous toutes ses faces, on ne peut que blâmer l'organisation de ces établissements pour les personnes riches, qui feraient infiniment mieux la cure d'air, d'alimentation et de repos chez elles, dans une maison non contaminée, que dans ces immenses foyers d'infection.

Si je crois, mais avec la foi la plus vive, à la nécessité du sanatorium pour les indigents, pour les ouvriers, ou même pour les habitants à aisance moyenne des grandes villes, je ne puis m'expliquer la vogue dont il jouit, dans les milieux riches et indépendants.

A moins que l'on veuille seulement pendant quelques semaines, enseigner aux malades l'exactitude qu'ils devront introduire dans leur vie, la rigueur du régime, la discipline du traitement en un mot. On comprend alors, qu'au sanatorium de Turban, se trouvent suspendus en grandeur naturelle, dans les salons de conversation et de lecture, les portraits de Guillaume Ier, de Frédéric III, de Guillaume II, du prince régent de Bavière, du grand-duc de Bade, tous en grande tenue de généraux prussiens, et qu'on ne voit nulle part, dans ce coin de la libre Helvétie, le buste de Guillaume Tell ou celui d'Arnold de Winkelried.

Et alors, les malades soignés sous l'égide et sous les yeux de tous ces personnages casqués, bottés et éperonnés, se rappellent sans cesse qu'ils doivent rester sous le régime du sabre, et que, s'il commettent la faute de s'en écarter, ils tomberont sous celui du goupillon pour les enterrer. — Dr Vidi (1).

ACTUALITÉS

M. le professeur Renaut (de Lyon) chevalier de la Légion d'honneur. — On se rappelle sans doute la campagne que le *Journal des Praticiens* a ouverte il y a quelques années au sujet de l'*oubli (?)* de M. le professeur Renaut dans les nominations de la Légion d'honneur. La grande injustice vient d'être à moitié réparée, et notre ami qui honore depuis si longtemps la science française par des travaux considérables, vient d'être autorisé à porter un simple petit ruban rouge à sa boutonnière. Nous avons déjà félicité le chevalier sans peur ni reproche, et ici, nous envoyons nos félicitations les plus chaleureuses et les plus sincères à .... l'Ordre de la Légion d'honneur. — H. H.

(1) Un de nos collaborateurs qui a des raisons très sérieuses de ne pas se faire connaître, a signé cet article sous le pseudonyme : Vidi. Il a, en effet, *vu* tout ce qu'il raconte. Si cela est exact — et pour notre part nous ajoutons une foi entière au récit de notre correspondant — le devoir des médecins français est tout tracé. *(Note de la Rédaction.)*

Prix et récompenses aux Académies. — A 24 heures de distance, M. le Dr Maurice de Fleury vient d'être proclamé lauréat de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine (Prix Lallemant, Prix Herpin), pour ses importants travaux : *Introduction à la médecine de l'esprit. Recherches cliniques sur l'épilepsie et son traitement.*

L'an dernier, l'Académie française couronnait déjà par un prix le premier de ces ouvrages. Le *Journal des Praticiens* n'oublie pas que M. Maurice de Fleury l'a honoré (pas assez souvent, hélas !) de sa collaboration par un article remarquable paru dans ses colonnes en 1898 sur le « traitement médical de l'épilepsie ». Nous lui adressons nos plus chaleureuses félicitations, ainsi qu'à nos distingués collaborateurs, A. Courtade *(Traitement des maladies de l'oreille)*, Castex *(Travaux relatifs aux maladies de l'oreille)*, Variot *(Applications de la radiographie à la clinique infantile)*, Mosny *(Maladies provoquées par l'ingestion des mollusques)* dont les beaux travaux ont été récompensés à l'Académie dans sa séance publique annuelle du 18 décembre 1900.

Inauguration du nouvel amphithéâtre Laënnec à l'hôpital Necker. — M. le Dr Huchard, en inaugurant ce nouvel amphithéâtre à l'hôpital Necker, vendredi dernier 14 décembre, a commencé ses leçons de clinique thérapeutique et ses consultations médicales à 9 h. 1/2, et les continuera tous les vendredis à la même heure (présentation de dix à quinze malades, discussion sur le diagnostic et le traitement). Dans l'auditoire, on remarquait plusieurs de ses collègues de l'Académie de médecine, des hôpitaux, de la Société de thérapeutique : MM. les Drs Laborde, Sevestre, Linossier, Barth, Josias, Hirtz, Triboulet, Bardet, Bouloumié, Créquy, M. de Fleury ; MM. les Drs Blind, Carron de la Carrière, Combes, Desnos, Krikortz, Küss, Leredde, P. Lucas-Championnière, Rochon-Duvigneau, Tourangin, etc. Tous les anciens internes de M. Huchard (ou presque tous habitant Paris, avaient tenu à témoigner par leur présence l'affectueuse estime qu'ils ont conservée pour leur chef de service : MM. les Drs Weber, Gillet, Magdelaine, Flœrsheim, Degui, Baillet, Milhiet, Gueniot, Ramond, Chauveau (MM. les Drs P. Le Gendre et Renon, empêchés).

Après avoir présenté une dizaine de malades et discuté à leur sujet le diagnostic avec le traitement, M. Huchard a terminé par quelques considérations sur la « réceptivité médicamenteuse », et par des remerciements adressés à tous les auditeurs, maîtres et élèves. S'adressant à ses collègues qui honoraient cette inauguration de leur présence, il les a supplités de s'unir pour organiser solidement à l'hôpital, l'enseignement de la clinique et de la thérapeutique, laquelle a besoin d'être « débroussaillée ». — « Montrons aux élèves le chemin de l'hôpital, c'est-à-dire le chemin le plus court conduisant à la connaissance de la thérapeutique et de la clinique. Par l'exemple, par la parole, par l'action, montrons-leur enfin l'importance absolue, presque exclusive de l'*Enseignement médical des hôpitaux* ». — R. D.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

De la grossesse triple.

Par AL. BOISSARD, *accoucheur à l'hôpital Tenon.*

La grossesse triple qu'il ne faut pas appeler trigemellaire est extrêmement rare puisque les auteurs donnent comme chiffre une grossesse triple sur 8,000 accouchements environ.

Après avoir parcouru pendant près de 10 ans la plupart des Maternités de Paris, où les cas les plus intéressants nous étaient signalés, nous n'avons rencontré que deux cas de grossesse triple : le premier, dans le service du Dr Pinard (Lariboisière, 1888), le second, à la clinique du Dr Tarnier; le diagnostic de grossesse triple fut fait par le Dr Pinard, dans le premier cas, mais la femme mourut subitement au début du travail; l'extraction des trois enfants vivants fut pratiquée par la sage-femme de garde, Mlle H. Carrier; le fait eut même les honneurs de la publicité de la presse extra-scientifique.

En quarante ans, à la Clinique obstétricale de Strasbourg, on n'observa que deux cas de grossesse triple.

Par une singularité extraordinaire, et par un de ces hasards comme la clinique seule nous en réserve, nous venons d'observer dans notre service à la Maternité de Tenon *quatre cas* de grossesse triple en moins de 18 mois; deux furent observés dans la même semaine; si donc on prenait dans ce service des chiffres pour établir la fréquence des grossesses triples, on ferait une grossière erreur, qui démontrerait une fois de plus la valeur qu'il faut attacher aux statistiques, à moins d'admettre qu'on ne verra plus de grossesse triple à l'hôpital Tenon d'ici longtemps, c'est-à-dire 8 à 9 ans.

D'après l'inspection de l'arrière-faix, on voit que le plus souvent la grossesse triple résulte de la fécondation de deux ovules, dont un renfermait deux vésicules germinatives, ou a été fécondé par deux masses chromatogènes (polyspermie); le plus souvent, en effet, quoique la masse placentaire paraisse unique, on trouve par l'examen des membranes, que pour l'œuf qui renferme deux fœtus, le chorion est commun, et que dans cet œuf univetellin, les fœtus sont du même sexe; il y a donc en quelque sorte superposition d'une grossesse simple à une grossesse double ou vice-versa, sans qu'il soit possible de dire si la fécondation des deux ovules a été simultanée ou successive, et de reconnaître, dans ce dernier cas, l'espace de temps qui a séparé la première imprégnation de la seconde; la différence de poids qui existe entre les deux fœtus contenus dans la poche univetelline et celui renfermé dans l'autre poche est parfois considérable, ce qui permettrait d'admettre un assez long espace de temps entre les deux fécondations, qui, néanmoins ont eu lieu dans la même époque intermenstruelle; il y a donc superfécondation et non superfœtation; dans une de nos observations, le plus gros fœtus pesait 2,400 gr. et le plus petit 1,600 gr.

Nous n'avons jamais rencontré d'œufs formés par une cavité amniotique unique renfermant les trois fœtus, mais le fait n'est pas impossible; le plus souvent, il y a trois cavités amniotiques, parfois deux seulement, deux fœtus étant contenus dans un même sac amniotique, tandis que le troisième est renfermé dans l'autre sac.

La disposition des œufs qui peuvent n'avoir que des rapports de contiguité nous explique la possibilité de l'expulsion prématurée d'un des œufs (simple ou double), avec continuation de la grossesse qui se termine à terme ou près du terme par l'expulsion du second œuf; l'absence de communications vasculaires nous explique également la possibilité de la mort d'un des produits de conception avec survie des deux autres; ce dernier cas s'est produit dans une de nos observations; les deux enfants vivants pesaient respectivement 1,720 gr. et 1,260 gr., tandis que l'enfant mort (fœtus compressus), ne pesait que 550 gr.; le cordon présentait une insertion vélamenteuse; il est probable que la mort de ce fœtus a été causée par la compression des vaisseaux rampant dans l'épaisseur des membranes.

On a rarement l'occasion de faire le diagnostic de grossesse triple, moins par le fait même de son extrême rareté, que par les conditions dans lesquelles les femmes se présentent le plus souvent à notre examen; en effet, ou bien, le cours de la grossesse est interrompu dans les premiers mois, ou bien les femmes ne se font examiner que lorsqu'elles sont en travail, et, dans ce cas, les contractions utérines rendent l'examen impossible; on ne fait alors à ce moment que le diagnostic de grossesse gemellaire, et la présence du troisième fœtus n'est reconnue qu'après l'expulsion du premier ou du deuxième fœtus; dans nos quatre observations, les faits se sont passés de cette façon; nous n'avons pu examiner les femmes que lorsqu'elles étaient accouchées, aucune ne s'étant présentée pendant leur grossesse; dans le premier cas, la femme est entrée dans le service alors qu'elle était en travail, la grossesse remontant à six mois environ; les enfants pesaient 850 gr., 810 gr., et 800 gr.; ces enfants n'ont vécu que deux heures; dans le second cas, la femme, enceinte de près de 8 mois, se présente dans le service, étant en travail depuis plusieurs heures, avec une dilatation complète; M. Chaillou, mon interne, fait le diagnostic de grossesse gémellaire, et extrait successivement (version et

Digitized by Google

forceps) trois enfants qui pèsent 2,400 gr., 2.040 gr. et 1,600 gr., la mère ayant voulu partir, malgré notre avis, le huitième jour, emmène ses trois enfants vivants en bon état et ne s'est jamais présentée à notre consultation externe de nourrissons; dans le troisième cas, il s'agissait d'une grande multipare (10 grossesses antérieures à terme), accouchée chez elle, le 18 février 1899, et entrant dans le service le 1e mars, en raison d'accidents infectieux graves (température 39°), qui nécessitent un curettage; les trois enfants pèsent 1,750 gr., 1,740 gr. et 1,600 gr.; l'un des enfants meurt de broncho-pneumonie, les deux autres se sont parfaitement élevés; nous leur avons distribué du lait stérilisé pendant près d'un an, et de temps en temps, nous revoyons encore la mère avec ses deux enfants; quant à la quatrième femme, actuellement encore dans le service, elle s'est présentée en travail avec une dilatation de 5 f.; M. Coudert, mon Interne, fait le diagnostic de grossesse gémellaire et extrait deux enfants vivants du poids de 1,720 gr. et 1,260 gr., le troisième enfant du poids de 550 gr. est mort et macéré; 15 jours après l'accouchement, les enfants élevés au sein vont bien; celui de 1,720 gr., à la naissance, pèse 1,600 gr., celui de 1,260 gr. pèse 1,310 gr.

On voit que dans aucun de ces cas, en raison des conditions dans lesquelles les femmes ont pu être examinées, il n'était possible de faire le diagnostic de grossesse triple.

En général, l'accouchement est facile, mais malgré la petitesse du fœtus, il n'est pas rare qu'on soit obligé d'intervenir, soit dans l'intérêt de la mère (syncope, suffocation), soit dans l'intérêt des enfants qui se présentent simultanément au détroit supérieur; enfin les cas de procidence du cordon ou des membres ne sont pas rares, et si l'on pratique l'extraction, il est *nécessaire de ne prendre qu'un pied*, pour ne pas exercer des tractions, après avoir saisi les pieds appartenant à deux fœtus différents.

Malgré la fréquence des hémorrhagies (utérus, surdistendu), l'extraction du ou des placentas est en général facile; la masse placentaire est parfois énorme, 1,220 gr. dans une de nos observations; parfois la délivrance se fait successivement; sortie du premier placenta, puis sortie du second quelque temps après; l'important est de ne pas se hâter, de se rendre compte de ce qu'on fait, et du pourquoi on le fait; l'examen minutieux de l'arrière-faix est d'une importance capitale, tant au point de vue de la configuration des œufs, qu'au point de vue des suites de couches.

En raison de l'accouchement prématuré qui est de règle pour ainsi dire, le sort des enfants est assez compromis, mais avec du soin, une surveillance de tous les instants, on peut arriver à des résultats surprenants; si nous ne tenons pas compte des enfants pesant 850 gr., sur 8 enfants nés vivants dont le plus petit pesait 1220 gr., sept sont partis vivants et bien portants de notre service; un seul (1,750 gr.) est mort de broncho-pneumonie; dans notre clientèle particulière, nous avons pu élever un enfant qui, pesant 1,240 gr. à sa naissance, était tombé à 910 gr.; c'est, croyons-nous, le record.

ÉTUDE CLINIQUE

Les rechutes et les récidives de la fièvre typhoïde

Par le Dr Ch. Fiessinger,

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

La fréquence et la gravité des rechutes dans la fièvre typhoïde semblent avant tout commandées par la nature et la violence de l'épidémie coexistante. Quand le germe typhique jouit d'une virulence très accentuée, peut-être celle-ci n'est-ellepas épuiséepar une première atteinte. Après quelques jours d'apyrexie, la fièvre recommence le cycle déjà parcouru. Au lieu de quelques jours, il peut être de plusieurs mois, l'intervalle qui sépare les deux atteintes fébriles. Dans ce dernier cas, il y a récidive.

L'épidémie qui sévit sur la ville de Saint-Claude nous a offert des exemples de ces deux formes de réapparition de la fièvre typhoïde. Les rechutes, au contraire des faits généralement signalés, se sont parfois montrées fort graves. Les récidives sont restées bénignes.

Tout d'abord, les rechutes ont été fréquentes : sur 39 malades traités par nous dans ces six derniers mois, nous avons soigné quatre rechutes et deux récidives, alors que les années précédentes le retour des accidents après période d'apyrexie était demeuré exceptionnel. (Moyenne des rechutes dans les diverses épidémies : 4 à 5 0/0.)

Des quatre rechutes que nous avons eu à soigner, deux ont mal tourné, le premier malade succombant le 13e jour de la rechute à une hémorrhagie intestinale foudroyante, le second malade étant emporté presque immédiatement par des accidents d'intoxication générale.

Ce dernier fait ne laisse pas d'être suggestif. La maladie première avait parcouru ses étapes d'une façon régulière : le début brusque, la présence de râles humides dès les premiers jours aux deux bases du poumon, l'expulsion de quelques caillots de sang dans les selles le 13e et le 17e jour avaient seuls marqué d'une empreinte spéciale la marche restée classique. Le malade, homme de 31 ans, gros et calme, avait gardé sa lucidité d'esprit tout le long des 25

Digitized by Google

jours qu'avait duré sa période fébrile. Du 5 au 12 octobre, apyrexie, la température du matin est au-dessous de 38°, celle du soir atteint 38,1 ou 38,2. On commence l'alimentation par des potages légers, puis des œufs à la coque, le sixième jour de l'alimentation, petit morceau de cervelle. La température du soir marque 38,8. On remet à la diète liquide, on administre une purgation saline, néanmoins la fièvre monte le soir, les degrés autour de 39 se maintiennent. Le matin, c'est maintenant du 14 au 18 octobre, une légère montée fébrile (38 à 38 1/2). Le 18 octobre, le thermomètre accuse le matin 39°, le soir 40,9. C'est à partir de ce moment que les accidents se précipitent. L'hésitation du début fait place à une poussée décisive vers l'aggravation chaque jour accrue. Alors qu'à la première atteinte, la fièvre du matin n'avait jamais indiqué 40°, c'est maintenant le degré en permanence et dépassé (Tm. 40,4 — Ts. 40,6). Le 22, les selles deviennent involontaires, le teint est blafard, le hoquet se déclare, le pouls monte à 128; le 23, plusieurs caillots de sang colorent les selles horriblement fétides; puis c'est la perte de connaissance, le délire, les râles trachéaux, et la mort le 24 octobre, au matin. L'enveloppement dans le drap mouillé avait été pratiqué avec le retour fébrile, mais d'une façon irrégulière et seulement le jour, faute de personnel.

La conséquence pratique d'un tel fait est la nécessité de se tenir attentif à l'allure de la rechute et si celle-ci a tendance à la gravité, de lui opposer tout de suite et sans attendre, une médication énergique. Les bains froids sont dans l'espèce le seul traitement à employer : bain à 20° de 10 à 15 minutes de durée, tant que la température rectale dépasse 39°. Bien souvent la famille hésitera : une première atteinte et c'est l'histoire du malade précédent, a guéri sans les les bains; pourquoi les bains à l'occasion de la rechute? Le même traitement dont les effets favorables ont été éprouvés la première fois, ne réussirait-il pas la seconde? On a pu se passer de bains froids tout d'abord, on s'en passera bien par la suite.

Il faut avouer, à l'appui de ces objections, que le bain froid est d'une application singulièrement pénible : quatre personnes sont nécessaires pour donner les bains, 2 le jour, 2 la nuit. Où les trouver? En temps d'épidémie typhique, des équipes de baigneurs fournis par la ville feraient merveille : de trois heures en trois heures, il parcourraient les domiciles des malades et les mettraient au bain. Seulement un tel personnel n'est pas commode à trouver, il faudrait le payer cher. Les finances des villes d'ordinaire ne sont pas prospères; de telles mesures greveraient singulièrement le budget.

Et puis la fièvre typhoïde a un tort : d'être trop commune. Elle apparaitrait à de rares intervalles comme la peste ou le choléra, on reculerait moins devant la dépense, mais parce qu'elle est endémique dans une région, on s'y accoutume. Le sentiment du danger s'atténue devant la vulgarité de la maladie.

Le médecin, sachant qu'il n'est qu'un traitement de la fièvre typhoïde, les bains froids est tenu d'y renoncer faute de personnel qui les administre. Dans les familles pauvres — le mari malade, la femme seule pour le soigner — comment user d'une pareille médication?

C'est alors que j'ai utilisé le drap mouillé, moins actif il est vrai, mais de pratique moins fatigante et plus commode. Il n'est pas nécessaire de posséder une baignoire, de la remplir d'eau; couverture de laine étendue sur un lit, par dessus la couverture un drap trempé dans l'eau froide; pas d'autres complications de technique. Le malade couché sur le drap dont les bords sont rabattus sur lui est ensuite enveloppé dans la couverture de laine cinq minutes de temps. Deux à trois enveloppements consécutifs sont nécessaires, si la température dépasse 39 1/2 ou 40°.

Ce procédé de réfrigération a été à peu près complètement abandonné pour les bains. A la campagne néanmoins, il reste d'un grand secours et personnellement nous en avons retiré d'excellents résultats. Pour le malade précédent dont la rechute a entraîné une intoxication générale si profonde à la fois et si rapide, le drap mouillé n'a pu être employé que le jour. Les aides manquaient.

Le second typhoïdique que nous avons vu succomber à la suite d'une rechute n'a plus été emporté par des accidents infectieux; une hémorrhagie intestinale a provoqué la mort, celle-ci survenant inopinément, alors que le malade s'était levé pour s'asseoir sur son vase. C'était au 13e jour de la rechute, chez un jeune homme de 22 ans. La maladie première s'était poursuivie sans incidents, elle était demeurée bénigne, la température oscillant autour de 39°, avec un état général resté satisfaisant. La guérison s'était effectuée en 23 jours. A cette date, l'apyrexie se prolonge pendant 4 jours; puis le malade mange un raisin en cachette et son imprudence fournit le signal du retour fébrile. Ces écarts alimentaires se trouvent parfois au début de la rechute; on les a accusés de la produire. Une telle opinion nous semble difficilement défendable; des rechutes se montrent que ne justifie aucune imprudence préalable. Deux de nos malades retombent fiévreux qui n'étaient encore nourris que de potages légers; le troisième, dont nous avons donné l'histoire, n'avait absorbé le sixième jour de la période apyrétique qu'un petit morceau de cervelle bouillie sans pain.

Plutôt que d'attribuer des méfaits graves à des causes si insignifiantes, que ne s'en prend-on direc-

Digitized by Google

tement à l'agent infectieux lui-même ? Une nourriture composée de potages divers et d'œufs à la coque à peine cuits suivie les jours suivants de viande molle est toujours administrée dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Considérer la rechute comme la conséquence d'un écart de régime, sans doute on le peut toujours, du moment qu'on range la reprise d'une alimentation plus substantielle dans la catégorie des repas plus plantureux. Il n'est pas de typhique qui ne commence à s'alimenter quand sa fièvre a disparu. Parfois, il semble qu'il se lance trop vite, comme ce dernier malade qui avala un raisin à son premier repas. Peut-on toutefois affirmer que ce raisin a entraîné le retour de la fièvre et ce dernier ne se serait-il pas opéré sans le concours du fruit ? En médecine, les coïncidences abusent fréquemment. Rien de malaisé comme de faire la part des connexités fortuites et des relations de cause à effet.

Pour revenir à notre malade, la rechute qu'il présenta fut signalée par une diarrhée abondante ; on la combattit par des potions de bismuth qui diminuèrent le nombre des selles sans les réduire totalement; la fièvre oscilla autour de 39°. Les derniers jours, elle baissa, descendit à 38°4, 38°2. sans que le sang se montrât dans les garde-robes et sans que le pouls faiblît. La convalescence semblait s'annoncer. Le 28 septembre, 13e jour, le malade se lève pour se rendre sur le vase ; hémorrhagie subite ; le vase est rempli de sang. Le malade meurt. Sans doute par détachement brusque d'une eschare intestinale.

Pourquoi, dans une rechute, tel malade succombe-t-il à des signes d'intoxication, un autre à une hémorrhagie intestinale ? Les symptômes de la maladie première règlent-ils ceux de la rechute ? Nullement. Nos deux malades, dans l'atteinte première qu'ils avaient subie, n'avaient nullement été incommodés par les troubles qu'ils offrirent par la suite. L'un avait gardé toute sa lucidité d'esprit. Il la perdit dans la rechute ; les symptômes intestinaux du second avaient d'abord été très atténués. Ils s'accentuèrent fortement à la seconde atteinte. Notons toutefois chez le premier la tendance constante aux hémorrhagies ; quelques caillots sanguinolents dans les deux atteintes successives.

On a encore accusé les bains froids de favoriser les rechutes ; aucun de nos malades n'avait été baigné. Ceux qui le furent n'offrirent pas une seconde prise à la maladie. Nos chiffres ne sont pas assez fournis pour permettre d'établir une statistique décisive — néanmoins nous croyons injuste d'attribuer aux bains semblable méfait.

Rien de particulier à noter au sujet de nos deux rechutes terminées par guérison : l'une a été bénigne et n'a duré que 5 jours avec des degrés de 38 1/2 à 39 1/2 ; la seconde a suivi une fièvre typhoïde particulièrement grave, ce qui indique que la gravité première ne met pas toujours à l'abri des retours fébriles. 35 jours de fièvre forte avec pouls faible et rapide, eschares sacrées venaient d'accabler une jeune fille de 23 ans; suivent 6 jours d'apyrexie, puis rechute avec 40°, complications urinaires, cystite.— La guérison s'opéra le 13e jour de la rechute.

Les récidives de la fièvre typhoïde sont exceptionnelles ; nous avons traité deux typhiques qui furent frappés à 7 mois et à deux ans de distance.

L'un, employé de chemin de fer, avait eu une première fièvre typhoïde en novembre 1899, qui dura un mois. C'était un homme de 29 ans, frêle, mais bien portant d'habitude,

Le 7 juin 1900, il se plaint d'une faiblesse générale et de maux de tête. La rate et le foie sont gros, la température de 39° le matin, atteint 40° les soirs suivants ; il y a de la diarrhée, quelques taches rosées couvrent le ventre. La convalescence s'établit le 18e jour sans incidents.

Le second malade était une fillette de 14 ans ; une première fièvre typhoïde se prolongeant pendant cinq semaines l'avait alitée en 1898.

Le 28 juin 1900. langue blanche, épistaxis, fièvre; la rate est grosse, la diarrhée se montre, la température marque 39° le matin. 39°5 à 40° le soir. Guérison le 12 juillet, quatorze jours après le début.

Ces deux malades avaient gagné de leur première infection typhoïdique une certaine immunité ; les symptômes restèrent atténués, la maladie guérit dans le second et le troisième septénaire. Autour d'eux, au contraire, se groupaient des formes très graves et suivies de mort. Le quartier où ils habitaient était celui le plus éprouvé par la fièvre ; depuis quatre ans les typhiques s'accumulaient dans les logements circonvoisins. La fontaine où ils s'abreuvaient était du reste absolument contaminée par les coli-bacilles, et là où il y a coli-bacilles, en temps d'épidémie typhoïdique, le bacille d'Eberth n'est pas loin.

CLINIQUE MÉDICALE

Le syndrome migraine ophtalmoplégique comme première manifestation dans un cas de syphilis cérébrale

Par M. H. Lamy

L'observation clinique suivante, que nous avons faite à la consultation externe de l'hôpital Tenon, nous a paru intéressante à un double titre. Elle montre une fois de plus que le syndrome *migraine ophtalmoplégique* peut être le prodrome d'une affection organique de l'encéphale ; elle nous apprend d'autre part que la syphilis cérébrale peut s'annoncer par un tel syndrome.

Digitized by Google

Mme V..., vingt-six ans, vient nous trouver à la consultation externe de l'hôpital Tenon, le 29 mai 1900, accompagnée de sa mère. Elle présente une chute complète de la paupière supérieure à droite, et se plaint de douleurs violentes dans la région temporale du même côté. La pupille droite est dilatée et à peine sensible à la lumière; les mouvements du globe oculaires sont conservés. Voici plusieurs jours que la malade est dans cet état. Elle présente en outre un affaiblissement de mémoire considérable, au point qu'elle a grand'peine à nous conter son histoire; elle est dans un état nauséeux perpétuel et sa démarche est incertaine. Nous constatons que l'œil gauche est normal, que la pupille de ce côté réagit bien à la lumière et à l'accommodation — que le reflexe rotulien du côté droit est plus faible que du côté gauche. La malade nourrit encore un enfant de huit mois environ, qui est vigoureux et sain. Elle a déjà un enfant de trois ans bien portant. C'est une femme solidement bâtie, et elle ne présente, semble-t-il, dans ses antécédents, rien d'autre que ce qui rapporte à l'affection actuelle.

Celle-ci n'est pas d'emblée arrivée au point que nous constatons aujourd'hui. La malade a commencé, après sa dernière couche, il y a environ six mois, à avoir de temps à autre des migraines très violentes, localisées autour de l'œil, accompagnées de nausées et de vomissements. Celles-ci sont bientôt devenues fréquentes, presque journalières offrant ceci de particulier qu'elles passaient d'un côté à l'autre. Elles s'accompagnèrent bientôt d'un phénomène nouveau la chute de la paupière supérieure du côté où siégeait la douleur. Cette ptose palpébrale durait autant que la migraine; elle se produisit à un moment donné presque tous les jours, parfois pendant peu de temps (quelques heures seulement), toujours avec des alternatives d'un côté à l'autre. Un jour qu'elle était en proie à une de ses violentes migraines, la malade, se trouvant à table, eut un éblouissement et perdit connaissance pendant quelques minutes. Elle revint à elle sans autre incident ; mais la migraine avait complètement disparu. Elle fut tranquille pendant une quinzaine de jours ; puis la céphalée unilatérale revint plus violente que jamais, toujours avec le même caractère et variant d'un côté à l'autre plusieurs fois par jour.

A ces crises passagères succéda alors une chute permanente de la paupière droite qui dura un mois. Ensuite les deux paupières furent atteintes pendant quinze jours ; l'œil gauche s'ouvrit alors et le droit resta fermé ; enfin les crises d'hémicranie alternante reparurent comme auparavant. Il ne se passe actuellement presque pas un jour sans qu'un œil ou l'autre se ferme, parfois très peu de temps. C'est cependant le côté droit qui est le plus souvent atteint, et, comme nous l'avons dit, lorsqu'elle se présenta à la consultation, la malade offrait une ptose complète de la paupière supérieure droite.

En dehors des phénomènes nerveux signalés plus haut, notre malade ne présente pas d'autre trouble de la santé, si ce n'est une soif intense, une polyurie nocturne et diurne. Il n'y a rien d'anormal dans les urine, l'appétit est plutôt exagéré.

Il nous reste à mentionner une particularité importante : c'est l'exacerbation nocturne de l'hémicranie. Aux approches du soir, elle prend une intensité très grande et l'insomnie est absolue.

De toute évidence, ce syndrome « migraine ophtalmique accompagnée », joint à la perte de mémoire, à une obnubilation cérébrale très accentuée, indiquait une lésion organique cérébrale ; et nous avons songé à la possibilité de la syphilis, bien que rien, dans les antécédents, ne permit d'en affirmer l'existence.

La malade fut admise à l'hôpital à quelque temps de là et séjourna successivement dans les services de MM. H. Martin, et Launois. Mes collègues admirent aussi la possibilité de la syphilis, et un traitement mixte énergique fut prescrit. Il eut un succès complet, car au bout de plusieurs jours, la céphalée disparut avec la paralysie de la paupière; la mémoire revint et la malade réclama sa sortie. Nous l'avons revue depuis, revenue à la santé. Toutefois elle avait abandonné le traitement iodo-mercuriel, et depuis quelques jours la mémoire était moins nette, les céphalées avaient tendance à reparaître le soir. Elle est rentrée depuis quelques jours (octobre), dans le service de M. H. Martin et a été soumise de nouveau au traitement. L'amélioration se maintient ; mais la pupille droite est toujours paresseuse. De plus elle présente une parésie évidente de l'oculo-moteur externe du côté opposé, qui se caractérise par une insuffisance musculaire évidente dans la direction du globe oculaire vers la gauche. Il en résulte un strabisme momentané et de la diplopie dans cette attitude du regard. La mémoire reste très affaiblie.

En résumé : accès migraineux survenant tout à coup chez une femme de vingt-six ans, auparavant indemne d'accidents de ce genre — localisation périorbitaire de la douleur, chute de la paupière accompagnant la crise de migraine et cessant avec elle — alternance des accès d'un côté à l'autre : telle est la première partie de l'histoire de notre malade.

Dans une seconde phase, apparition de phénomènes cérébraux graves, perte de mémoire, obnubilation cérébrale, ictus, céphalées nocturnes terribles ; puis ptosis permanent à droite, et plus tard parésie de la sixième paire à gauche. Ici les accidents de syphilis cérébrale se confirment et les résultats du traitement viennent à l'appui du diagnostic porté.

Digitized by Google

Avant même que les choses en soient arrivées à ce point, il était à penser que nous n'étions pas en présence d'une migraine simple, mais bien d'une de ces « fausses migraines périodiques », comme les a appelées G. Ballet, symptomatiques d'une lésion organique. Déjà, Charcot, P. Marie et Parinaud avaient signalé les paralysies à récidives du moteur oculaire commun, survenant au cours des méningites ou tumeurs cérébrales, bien distinctes de la migraine ophtalmoplégique vraie. On doit donc tenir pour suspects les accidents de ce genre (même quand ils surviennent par accès francs, comme chez notre malade au début), lorsqu'ils apparaissent tout à coup et se répètent fréquemment chez un adulte que n'avait jamais été migraineux auparavant.

Dans les faits connus de migraine ophtalmoplégique, la paralysie de la troisième paire se montre complète durant l'accès; en outre, celui-ci siège toujours du même côté (G. Ballet). Il est à noter que dans notre cas, la paralysie était partielle, et que la migraine avec son cortège, passait alternativement du côté droit au côté gauche.

Si l'existence d'une lésion organique de la base ne saurait faire de doute ici, il faut admettre en outre un trouble circulatoire passager (sans doute un spasme artériel localisé) pour expliquer l'intermittence et l'alternance des phénomènes paralytiques.

Consultation Thérapeutique

Comment traiter les crises gastriques du tabes

EXPOSÉ CLINIQUE

Une malade de 32 ans entre dans mon service de l'hôpital Necker pour des douleurs gastriques extrêmement intenses avec vomissements alimentaires et vomituritions répétées. Ces douleurs sont survenues tout d'un coup, elles ont acquis très vite un haut caractère d'acuité; elles existent non seulement au creux de l'estomac, mais dans le dos, à la région rachidienne, et un cercle de fer paraît enserrer la base de la poitrine avec quelques douleurs à l'épaule rappelant de loin l'angine de poitrine. Assise sur son lit, pliée en deux, l'angoisse peinte sur son visage pâle, la voix entrecoupée, elle peut à peine répondre tant elle souffre; les extrémités sont refroidies, le pouls est serré, concentré, à peine sensible...

En m'appuyant seulement sur l'*intensité* des douleurs, sur leur *apparition soudaine*, je pense de suite à une violente crise gastrique du tabes, et la malade m'apprend qu'effectivement, elle est atteinte de cette dernière affection depuis trois ans, les douleurs gastriques ayant apparu depuis deux ans et se manifestant toujours par *accès* d'une durée de deux ou trois jours, avec retour complet dans leur intervalle à l'état normal des fonctions digestives.

Rappelons tous ces caractères, et lorsqu'ils seront bien présents à notre esprit, lorsqu'il s'agira surtout de tabétiques ignorés, entrant dans le tabes par une crise gastrique, lorsque ces crises se manifesteront pendant la période prœataxique, nous pourrons dépister rapidement le diagnostic. Ces caractères cliniques sont les suivants :

1° Rapidité d'apparition; 2° Rapidité de disparition du syndrome; 3° Rapidité d'augment des douleurs; 4° Intensité de ces douleurs; 5° Reprise des accidents gastriques sous forme d'accès; 6° Retour assez rapide à l'état normal des fonctions digestives après les accès.

En un mot, il s'agit le plus souvent de *douleurs fulgurantes de l'estomac*, et celles-ci comme les douleurs fulgurantes des membres, apparaissent et disparaissent promptement pour revenir par accès.

La malade souffrait d'une façon intolérable, et comme une injection de morphine avait été inefficace, j'eus l'idée de prescrire (pour des raisons que j'indiquerai plus loin) des alcalins à haute dose, le bicarbonate de soude jusqu'à 30 gr. par jour, et promptement les accidents se sont amendés. Le même fait s'est reproduit deux fois, de sorte qu'on ne peut croire à la disparition spontanée de ces douleurs.

Celles-ci prennent parfois une intensité extrême jusqu'à produire des accidents graves de collapsus et elles font commettre bien des erreurs de diagnostic, puisqu'on a pu croire à des coliques hépatiques ou néphrétiques, à l'étranglement interne, à l'ulcère de l'estomac, à une gastralgie, à un accès d'hyperchlorhydrie, à un empoisonnement, au choléra, à l'angine de poitrine. A ce sujet, je reproduis ici l'exemple que j'ai cité dans mon « Traité des maladies du cœur » (tome II, 1900, page 56) :

J'ai observé en 1880, un tabétique sujet à des douleurs gastriques d'une violence extrême, avec refroidissement des extrémités, état syncopal, angoisse considérable, sensation de constriction thoracique, etc. Ces symptômes ont été même si accusés et les douleurs ont toujours revêtu chez le malade un tel caractère de gravité, qu'on a pu croire tour à tour à un empoisonnement, à une attaque de choléra nostras, à une embolie pulmonaire, et même à une angine de poitrine. J'ai pu me convaincre à Londres, où je fus appelé à le voir, que cette sensation de constriction thoracique rappelait seulement de loin les douleurs angineuses... Au sujet de ce même malade, les mêmes erreurs de diagnostic ont été commises à des crises ultérieures, de sorte que Charcot appelé ensuite à le voir en consultation avec moi, lui avait plaisamment conseillé de porter toujours sur la poi-

Digitized by Google

trine une petite pancarte indiquant nettement la nature de la maladie.

En dehors des six caractères cliniques que nous avons énumérés, ces crises peuvent se présenter sous cinq formes différentes :

1° Forme *vomitive* avec intolérance parfois absolue pour tout aliment, pour tout liquide pendant la durée de la crise (un à 3, 5 ou 8 jours au maximum) ; — 2° Forme *gastralgique* avec douleurs extrêmement vives au creux épigastrique et dans les parties voisines avec ou sans vomissements ; — 3° Forme *sécrétoire* avec accès d'hyperchlorhydrie et d'hypersécrétion gastrique intermittente ; — 4° Forme *flatulente*, bien observée par Fournier, avec production considérable de gaz dans l'estomac, éructations gazeuses incessantes, etc. ; — 5° Forme *anorexique*, relativement rare, indiquée également par Fournier et caractérisée par une inappétence absolue et invincible.

Indications thérapeutiques ; Traitement

Fournier a dit avec raison qu'il s'agit là de « symptômes éminemment rebelles, presque absolument réfractaires à toute intervention thérapeutique », et que seules, les *injections de morphine* à haute dose soulagent les malades d'une façon artificielle toute passagère.

Oui, cela est vrai, lorsque la douleur est le phénomène prédominant, lorsque les vomissements sont incessants, et il est à noter que l'*antipyrine*, le *chloral* ou d'autres médicaments similaires, sont dans ces cas, des médicaments insuffisants. Mais, il y a des indications thérapeutiques qui s'imposent, parfois dans les formes flatulente et secrétoire. Je m'explique.

En 1885, Sahli (de Berne) a fait la remarque que parfois les crises gastriques du tabes sont constituées par un véritable état hyperchlorhydrique de l'estomac. Soupault (*Revue de médecine* 1893) publie l'observation d'un ataxique atteint d'hypersécrétion gastrique intermittente. La même année, Robin, dans une clinique sur la forme aiguë de l'hypersthénie gastrique, parle de six ataxiques sur sept chez lesquels il a constaté un état hyperchlorhydrique. Enfin, en 1896, à la Société de thérapeutique, j'ai publié l'observation de crises gastriques avec *chimisme stomacal variable*, caractérisées tantôt par une exagération, tantôt par une diminution de la sécrétion gastrique, de sorte que l'indication thérapeutique était naturellement subordonnée à ces variations dans l'état du chimisme. Quant à la malade que je viens d'observer, elle présentait une hyperacidité gastrique considérable, ce qui m'avait conduit à instituer une médication alcaline intensive.

Voilà les faits. Sans doute, leur fréquence a été contestée, et Bouveret a eu raison de dire que la crise gastrique des tabétiques est plus souvent un accès de gastralgie qu'une accès d'hypersécrétion. Sans doute, comme Babon l'a démontré en 1896, dans son excellente thèse inaugurale, « l'état gastrique des ataxiques ne présente que rarement le type hyperpeptique », et on rencontre même plus souvent l'hypopepsie. Mais, en m'appuyant sur le *chimisme variable* de l'estomac, dont j'ai parlé plus haut, j'estime qu'il faut faire une distinction entre l'hypopepsie habituelle du tabétique, et l'accès d'hyperpepsie chez le même tabétique en état de crise gastrique.

C'est pour cette raison que s'impose parfois (je ne dis, ni souvent, ni toujours) l'indication de la *médication alcaline intensive*. On doit prescrire à ces malades, le *bicarbonate de soude*, par cuillerées à café (cinq à six par jour et même davantage, dans de l'eau de Vals ou de Vichy), et cela sans craindre avec Hayem, que ces fortes doses puissent créer ou augmenter un état hyperpeptique. Cela, je ne l'ai jamais observé.

Cette médication alcaline intensive réussit, non seulement dans la forme secrétoire, mais aussi dans la forme douloureuse ; elle n'agit pas seulement sur l'élément hyperchlorhydrique, elle agit encore presque directement sur la douleur par la production d'acide carbonique qui arrive ainsi à insensibiliser la muqueuse gastrique. Donc, les alcalins à haute dose sont indiqués dans les deux cas.

Dans la variété *flatulente*, rare, il est vrai, cette médication peut avoir des inconvénients : elle peut accentuer les accidents douloureux, puisque la production médicamenteuse des gaz contribue à augmenter sa production pathologique. Alors, il importe de modifier la prescription, et tout en prescrivant des alcalins à haute dose, on doit diminuer la quantité de bicarbonate de soude, comme dans cette formule :

Phosphate neutre de soude....	60 grammes
Bicarbonate de soude.....	30 —
Craie préparée	15 —

Une cuillerée à café, cinq ou six fois par jour. — Contre la constipation, prescrire un laxatif alcalin : deux à trois cuillerées à dessert ou à café de magnésie lourde.

Pour calmer la douleur, on peut encore avoir recours aux *injections de morphine*, aux pulvérisations de *chlorure de méthyle* sur le creux épigastrique, à l'application de *pointes de feu* sur la colonne vertébrale. Mais, ce sont là des moyens bien infidèles, surtout le dernier, parce qu'ils s'inspirent seulement d'une médication symptomatique, non pathogénique.

Dans les crises intenses avec menace de collapsus.

Digitized by Google

il importe d'agir énergiquement et rapidement, parce qu'on a vu, sous l'influence même de l'intensité atroce des douleurs, survenir des phénomènes de collapsus inquiétant, avec lipothymies, syncopes, refroidissement des extrémités, affaiblissement des contractions cardiaques, effacement du pouls radial, et mort consécutive. Dans ces cas, rares à la vérité, une médication d'urgence s'impose : il faut de bonne heure relever la défaillance cardiaque et vasculaire par des injections sous-cutanées de *spartéine*, de *caféine*, de *camphre*; remonter l'état général par des injections *d'éther*, et relever la tension artérielle par des injections sous-cutanées de *chlorure de sodium*.

Mais, encore une fois, rarement ces phénomènes de collapsus acquièrent une telle intensité, surtout si on a su les prévenir de bonne heure par la médication pathogénique.

J'ai démontré ainsi, et par des exemples et par le raisonnement, que si les graves crises gastriques des tabétiques, sont souvent caractérisées par une « résistance opiniâtre à toute action médicatrice », comme on l'a dit, on aurait grand tort de s'immobiliser à leur égard dans la thérapeutique des bras croisés.

H. Huchard.

Formulaire du Praticien

Traitement de la ménopause et de ses accidents. — Dans le livre sur le « Traitement des maladies des femmes » (analysé plus loin) par A. Robin et Dalché, ce dernier auteur formule ainsi ce traitement que nous résumons :

1° Hygiène de la ménopause. — Il faut alors à la femme du calme et de la tranquillité; pas de veilles prolongées ou répétées, pas de fatigues, mais un exercice modéré et au grand air.

2° Traitement des accidents généraux. — A la ménopause, l'élément fluxionnaire se trouve à l'origine d'un grand nombre de complications. A ce point de vue, la régularisation des fonctions intestinales est importante. Contre les poussées congestives de la tête, des poumons, du foie, etc., on n'hésitera pas à recourir à quelques *émissions sanguines* (sangsues à l'anus, au périnée, au bas ventre, aux cuisses ou aux genoux; *bains de siège, bains de pieds sinapisés, ventouses sèches ou scarifiées*). Si la malade ne porte pas d'hémorrhoïdes, l'hypérémie du foie diminue sous l'influence du *calomel*, administré suivant cette formule :

Calomel..... } ãã 0 gr. 50
Résine de scammomée..... }

Mêlez exactement. En un cachet, à prendre le matin à jeun.

Pour des raisons analogues, certaines ménorrhagies méritent d'être respectées.

Il ne suffit pas de traiter les poussées congestives, il faut encore les prévenir, en recommandant aux femmes d'éviter le *froid*. Tous les *excitants* (boissons alcooliques, etc.) doivent être défendus, et il faut supprimer tous les aliments sujets à produire avec facilité des fermentations. Par conséquent, l'absorption quotidienne d'une certaine quantité de *lait* est d'un bon usage.

3° Traitement des accidents génitaux. — Nous ne pouvons traiter ici toute la thérapeutique de ces accidents exposée au sujet des métrorrhagies, de la leucorrhée, etc. Nous insisterons sur quelques points particuliers. Disons cependant que la *leucorrhée* est quelquefois avantageusement modifiée par l'emploi de l'*acide lactique*, comme Dalché l'a démontré dès 1898 à la Société de thérapeutique; de préférence lorsqu'elle est d'origine fluxionnaire, et qu'elle traduit un état plus ou moins marqué de congestion utérine. — Après une toilette rigoureuse des voies génitales, à l'aide du spéculum, on porte au niveau du col un ou plusieurs tampons d'ouate imbibés de ce mélange :

Acide lactique..... 3 grammes
Glycérine..... 100 —

F. s. a. mixture. — Le tampon est laissé en place pendant un jour et on recommence tous les huit jours. Dans l'intervalle, grandes irrigations d'eau chaude.

Dans les cas de *prurit vulvaire* souvent fort pénible et rebelle, on obtient un soulagement notable en saupoudrant la région, du mélange suivant :

Poudre d'orthoforme..... } ãã
— de di-iodoforme..... }
— de talc..... }

D'une façon générale, dans le traitement des métrorrhagies, il faut se rappeler que celles-ci « n'aiment pas l'*ergot de seigle* » et qu'il est préférable d'avoir recours à l'*opium* et aux *sédatifs*, lorsque les accidents relèvent de l'hypertension artérielle. On peut encore avoir recours au tamponnement à l'aide de la solution *gélatinée*.

Enfin, l'hygiène et la thérapeutique de la ménopause et de ses accidents rencontrent encore un précieux auxiliaire dans l'*opothérapie ovarienne* dont nous parlerons dans un prochain article. — H. H.

Solution claire de cocaïne et de sublimé corrosif pour injections hypodermiques.

Chlorhydrate de cocaïne..... 10 c.c.
Bichlorure de mercure..... 20 —
Chlorure sodique..... 75 —
Glycérine..... 7 grammes
Eau stérilisée..... Q. s. p. 20 c.c.

Digitized by Google

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Nature et traitement du goître exophtalmique. — Dans un article sur la « quinine et la vasoconstriction » (*Journal des Praticiens*, 8 décembre 1900), j'ai rappelé l'opinion de MM. Reynier et Paulesco, sur la nature du goître exophtalmique. D'après les recherches de ces auteurs en 1898, « le principal « trouble de cette affection autour duquel gravitent « tous les autres symptômes, est évidemment une « *vaso-dilatation active, primitive ou réflexe, des* « *vaisseaux du cou et de la tête.* Il en résulte l'ex« citation cérébrale et le tremblement, l'exophtal« mie et le goître. La congestion active du corps « thyroïde qui constitue ce goître détermine à son « tour une hypersécrétion de cette glande. Le pro« duit de cette sécrétion déversé en excès dans le « sang engendre, comme toujours, la tachycardie, « l'amaigrissement et certains autres signes de moin« dre importance. »

Il est juste de rappeler que, dès 1896, un de nos éminents oculistes, Abadie, a fait au Congrès de chirurgie une communication où il affirme la même pathogénie. Depuis cette époque, à l'Académie de médecine et à la Société de médecine de Paris (1897), il est revenu encore sur la même question et la même affirmation. « Dans le goître exophtalmique, dit il, tout se comporte comme s'il y avait une excitation permanente des fibres vaso-dilatatrices seules du grand sympathique cervical ou de leurs noyaux d'origine... Dans le goître exophtalmique, l'hypertrophie thyroïdienne n'est donc pas primitive : elle est consécutive à la vaso-dilatation des artères thyroïdiennes qui fournissent à la glande un apport nutritif trop considérable. » Il résulte de cette pathogénie, que le traitement de choix n'est pas l'ablation plus ou moins complète du corps thyroïde, mais la simple section ou tout au plus, l'excision d'une petite portion du sympathique cervical. Abadie conteste les guérisons obtenues par l'extirpation partielle du goître, et il fait remarquer qu'après cette opération, le reste de la glande s'hypertrophie de nouveau. Quant à l'exophtalmie, à la tachycardie, elles ne subissent aucune modification, ce qui prouve, une fois de plus, leur indépendance vis-à-vis de la glande thyroïde.

Dans un livre des mieux documentés sur la « chirurgie du grand sympathique et du corps thyroïde, » (Lyon 1900), Jaboulay nous apprend qu'il a pratiqué neuf fois la section ou la résection de la portion cervicale du nerf sympathique, et que cette opération simple, sans danger, a été suivie d'une constante amélioration. D'après lui, la section du sympathique cervical a une influence qui peut devenir curatrice, en modifiant la circulation encéphalique et bulbaire.

Hé bien, la notion pathogénique indiquée par Abadie, les résultats obtenus par Jaboulay à la suite de la section du sympathique cervical, donnent raison au traitement médical du goître exophtalmique par les préparations de quinine. Parmi ces préparations, je donne la préparation au bromhydrate et aussi à un nouveau sel quinique, le glycérophosphate de quinine, à des doses variant de 0, 50 à 0.75 centig, un gramme et même 1 gr, 50. J'ajoute que le traitement médical doit toujours précéder le traitement chirurgical, d'autant plus qu'avec le premier, j'ai obtenu des améliorations et même des guérisons.

H. Huchard

Traitement du coryza et des bronchites chez les tuberculeux. — Les bronchites chez les tuberculeux ont une très grande tendance à la chronicité; aussi il convient de les traiter activement.

Voici la façon de faire préconisée par Knopf. Le phtisique sérieusement enrhumé doit garder le lit. On lui applique des ventouses sèches sur la poitrine et dans le dos ; on lui fait prendre des limonades chaudes, du sulfate de quinine. L'application de compresses échauffantes est indiquée dans les bronchites aiguës, mais il faut prendre soin de frictionner le thorax à l'alcool ou à l'eau fraîche après l'enlèvement de la compresse jusqu'à ce que la peau devienne sèche. Dans le coryza, l'application locale de cocaïne (1 gramme dans 25 grammes d'eau distillée) avec un pinceau procure souvent du soulagement. On peut se servir aussi, après que la période aiguë est passée, de la poudre suivante qu'on fait priser :

Sous-nitrate de bismuth... ...	àà 5 grammes
Poudre de talc.....	
Lactose.....	àà 40 centigr.
Camphre	

Les aspirations de vapeur d'iode et d'ammoniaque ou de menthol font aussi du bien. La broncho-pneumonie nécessite le repos absolu au lit. On appliquera des révulsifs, et on donnera des expectorants tels que le kermès, l'acétate d'ammoniaque. Contre les quintes de toux et la douleur, on pourra donner par cuillerées à soupe toutes les trois heures la potion suivante :

Eau de fleurs d'oranger.....	100 grammes
Sirop de chloral.....	àà 30 —
Sirop de morphine.....	
Eau de laurier-cerise.....	10 —

S. R

Digitized by Google

Traitement du muguet. — Il n'y a pas de petites choses en médecine ! Quand une mère est trop pusillanime pour badigeonner la bouche de son enfant atteint de muguet avec la solution de glycérine boratée, on peut lui proposer d'après Escherich de préparer une sucette avec un tampon d'ouate stérilisée, enveloppé d'une batiste fine et d'imbiber le tout avec la solution suivante : biborate de soude 4 gr., glycérine neutre 15 gr.; il n'y qu'à mettre la sucette dans la bouche du bébé.

Kurt (de Vienne), remplace la sucette par une tétine en caoutchouc bien baignée dans la même solution. On la met quatre ou cinq fois par jour dans la bouche du nourrisson, dans les cas graves plus souvent, jusqu'à 12 fois. La petite quantité de borax suffit pour faire guérir un muguet de moyenne intensité en moins de 24 heures (*Wiener Klin. Rundschau*). — Bd.

Comment enlever les taches d'acide picrique? — Dernièrement, une de nos clientes s'était brûlé la main avec de l'eau chaude; comme il était tard, elle envoya sa domestique chez le pharmacien, qui lui fit remettre une solution d'acide picrique à employer en compresses ; comme dit fut fait, mais on oublia l'imperméable, et le lendemain matin au réveil, la malade se trouva bien désagréablement surprise en voyant ses draps, sa chemise, sa figure, etc., colorés en jaune Ni l'eau, ni le savon ne purent rien contre les taches !

Elle nous fit prier de passer chez elle, plus à cause de la coloration jaune que de la brûlure légere. Pris au dépourvu, nous lui conseillâmes l'alcool afin de gagner du temps pour nous documenter : mais tous nos manuels étaient muets ! Enfin M. Brynk, premier élève à la pharmacie Lasnier et Martignac, nous tira d'embarras avec la formule suivante :

Acide borique.....	20 grammes
Benzoate de soude.....	5 —
Eau distillée.....	500 —

Grâce a cette solution nous triomphâmes facilement des taches picriquées de notre cliente. — Bd.

CLINIQUE MÉDICALE

Les portes d'entrée naso-pharyngées de la tuberculose. — Les deux principaux modes de pénétration du bacille tuberculeux dans l'organisme sont l'infection respiratoire et l'infection digestive. Habituellement, c'est dans les parties où la circulation est moins active et la stagnation plus facile que le bacille s'arrête ; ainsi se développe une tuberculose primitive du poumon ou de l'intestin. Mais la tuberculose peut aussi se localiser primitivement sur les parties supérieures des voies respiratoires et digestives, si elle y a rencontré des conditions favorables à son développement. Avant d'arriver au poumon, le bacille tuberculeux, inhalé par les voies respiratoires, peut être arrêté par les poils des narines, les cils vibratiles et le mucus de l'épithélium des fosses nasales, par les parois pharyngées, ou par l'amygdale, surtout si ce dernier organe est hypertrophié. Ainsi se produit une tuberculose primitive nasale, pharyngée ou amygdalienne.

Absorbé avec les aliments, le bacille tuberculeux se trouve d'abord en contact, pendant un temps très court, il est vrai, avec les parois buccale et pharyngée. Si quelque obstacle à la déglutition retarde le passage du bol alimentaire, si quelque anfractuosité retient des parcelles d'aliments bacillifères, si quelque ulcération favorise l'inoculation, le bacille tuberculeux s'arrête dans la gorge et donne naissance à une tuberculose primitive bucco-pharyngée, souvent à une localisation purement amygdalienne.

Ainsi, la bouche et le naso-pharynx peuvent être la première localisation de la tuberculose dans l'organisme et le point de départ de la généralisation tuberculeuse.

Les inoculations de laboratoire, les études cliniques, montrent la réalité de ce mode de généralisation de la tuberculose. Des recherches précises permettent d'en apprécier la fréquence et de déterminer les conditions favorables à cette inoculation.

Fosses nasales. — Les recherches bactériologiques de Straus avaient montré que sur 29 individus séjournant à l'hôpital, 9 hébergeaient le bacille de Koch dans leurs fosses nasales. Mais, ainsi que l'a montré M. Lermoyez, Straus puisait les mucosités, non dans les fosses nasales, mais dans les fosses narines qui appartiennent à la peau et non au nez. La recherche du bacille de Koch dans les fosses nasales elles-mêmes par M. Lermoyez a donné des résultats constamment négatifs. Il en a été de même dans les recherches de Liaras (Thèse de Bordeaux, 1898) : 18 inoculations de mucus nasal recueilli aseptiquement dans les fosses nasales de malades et d'infirmiers, ont été toutes négatives.

Ainsi, les bacilles tuberculeux que contient l'air inspiré s'arrêtent dans les narines qui constituent un véritable filtre pour les poussières et les microbes. Grâce à cette filtration, bien peu parviennent dans les fosses nasales et le danger n'est pas aussi grand qu'on aurait pu craindre après les expériences de Straus.

De l'observation de certains faits cliniques, il semble résulter que la tuberculose peut se développer primitivement dans les fosses nasales pour envahir de là la peau, la face et les cavités muqueuses voisines. Dubreuilh, Moure, Meneau et Frèche croient à l'origine

Digitized by Google

nasale du lupus de la face. Dubois-Havenith, Arnozan ont établi, en 1891, que les lésions des fosses nasales pouvaient donner lieu à des dacryocystites tuberculeuses qui, en s'ouvrant à la peau, sont susceptibles de l'inoculer et de produire le lupus de la face. Audry, en 1896, déclarait qu'en examinant méthodiquement les fosses nasales de malades atteints de lupus de la face, on trouverait toujours des lésions de la muqueuse et des cornets.

Dubreuilh a de nouveau insisté, en 1898, sur l'existence d'un catarrhe tuberculeux chronique des fosses nasales sans tendance néoplasique, correspondant au coryza scrofuleux des anciens auteurs, qui expliquerait l'origine en apparence primitive de certains lupus du pharynx, de la conjonctive et de la face, et donnerait la raison du début fréquent du lupus au coin des narines ou à l'angle de l'œil.

Pour résoudre cette question, Liaras a recherché le bacille de Koch chez diverses catégories de malades. Chez les sujets atteints de lupus de la face avec coryza chronique, il n'a eu qu'un seul résultat positif sur 6 expériences.

Ces résultats négatifs ne doivent pas être regardés comme une preuve certaine de l'absence du bacille de Koch : ils peuvent s'expliquer par la faible quantité de mucus inoculé à chaque expérience et peut-être aussi par la virulence très atténuée des bacilles tuberculeux de ces coryzas. On sait que le cobaye n'est pas toujours assez sensible pour révéler la présence du bacille de Koch et que l'inoculation de produits tuberculeux atténués, comme des fragments de lupus, peut ne pas lui donner la tuberculose.

Le mucus du coryza atrophique purulent des sujets strumeux et des sujets sains a, dans toutes les inoculations au cobaye, donné des résultats négatifs.

Enfin, le pus des coryzas atrophiques existant chez les tuberculeux (laryngite tuberculeuse, tuberculose pulmonaire ou tuberculose de l'amygdale) n'a donné par l'inoculation au cobaye que des résultats négatifs.

Liaras a fait en outre des recherches statistiques d'où il conclut que le coryza atrophique ozénateux ne paraît pas, d'une façon évidente, favoriser l'infection tuberculeuse par inhalation, bien qu'il altère la muqueuse et amène l'élargissement des fosses nasales.

De ces études, il résulte que les fosses nasales ne sont pas fréquemment le point de départ de l'infection tuberculeuse, que les coryzas chroniques ne sont pas souvent tuberculeux et ne favorisent pas notablement l'éclosion de la tuberculose.

Cependant, l'infection tuberculeuse nasale est possible, il faut compter avec elle et ne pas négliger le traitement des affections nasales qui peuvent être un point d'appel pour la tuberculose, soit en propageant cette infection des cavités nasales aux bronches et aux poumons comme Tardieu, Moisiel, Demme, Riehl, Ruault en ont cité des exemples, soit en entretenant un catarrhe bronchique sur lequel le bacille de Koch se greffe avec facilité, comme Brindel et Moure l'ont observé, soit en détruisant les moyens de protection habituels qu'offre la muqueuse nasale.

Amygdales. — Le bacille tuberculeux peut pénétrer par la bouche, s'arrêter dans la cavité bucco-pharyngée et surtout au niveau des amydales. Il est rare qu'il soit apporté par un objet contaminé, un miroir laryngoscopique par exemple (Oppenheimer); habituellement il est véhiculé par les aliments ou par l'air.

Dieulafoy, Schlenker, Scheibner admettent que malgré la durée très courte du contact entre les aliments bacillifères (lait, viandes tuberculeuses) et les amygdales, la contagion peut cependant s'effectuer. Des expériences en démontrent avec certitude la possibilité. Chaudreau a pu reproduire la tuberculose amygdaliennne en nourissant des animaux avec des aliments infectés par le bacille de Koch; Orth, Baumgarten, Cadéac ont obtenu les mêmes résultats chez des cobayes. Enfin, Marcel Labbé dans des expériences faites en collaboration avec Baup (Th. Paris, 1900) est arrivé à reproduire dans quelques cas la tuberculose amygdalienne chez des lapins; mais les résultats expérimentaux ne sont pas constants et il ne semble pas très facile de tuberculiser l'amygdale : tantôt on ne produit qu'une irritation simple de l'amygdale, et la tuberculose ne se développe que dans les ganglions du cou, tantôt on dépasse le but et on produit une tuberculose intestinale par ingestion des matières bacillifères ou une tuberculose généralisée.

Dans d'autres cas, le bacille est apporté par l'air respiré et s'arrête dans les anfractuosités de l'amygdale (Roth, Dieulafoy, Oppenheimer). Ainsi s'explique la tuberculose des végétations adénoïdes rétropharyngiennes. L'hypertrophie des amygdales et du tissu adénoïde pharyngien favorise cette infection en forçant les sujets à respirer par la bouche et en multipliant l'étendue des surfaces au niveau desquelles les bacilles peuvent s'arrêter.

Le plus souvent, ainsi que Marcel Labbé et Ch. Lévi l'ont soutenu (*Gaz. des Hôp.*, 17 février 1900), les végétations adénoïdes et les amygdales hypertrophiées sont infectées secondairement par le bacille de Koch, mais il est des cas où le bacille est la cause primordiale des hypertrophies adénoïdiennes; M. Lermoyez a démontré l'existence de ces tuberculoses hypertrophiques du tissu adénoïde pharyngien comparables aux tuberculoses hypertrophiques des ganglions étudiées par Duclion, par Berger et F. Bezançon, et aux splénomégalies tubercu-

Digitized by Google

leuses étudiées par Rendu et Widal, Achard et Castaigne, etc.

Ainsi les faits expérimentaux et les faits cliniques prouvent que l'amygdale peut servir de porte d'entrée au bacille de Koch.

Connue depuis les travaux de Schlenker (1895) de M. Lermoyez (1894) et du Pr Dieulafoy (1895) étudiée ensuite par Pluder, Chappell, R. Petit, Lermoyez et Macaigne, Scheibner, Brindel, la tuberculose primitive de l'amygdale a passé longtemps inaperçue; c'est qu'elle est loin d'être fréquente.

Dieulafoy, pour en déterminer la fréquence, inocula à des cobayes des fragments d'amygdales hypertrophiées et de végétations adénoïdes : sur 61 cobayes inoculés avec des amygdales, 8 deviennent tuberculeux; sur 35 cobayes inoculés avec des végétations adénoïdes, 7 deviennent tuberculeux. La proportion de la tuberculose serait d'après cela, de 12 0/0 pour les amygdales hypertrophiées et de 20 0/0 dans les végétations adénoïdes.

Mais, ainsi que le fit remarquer le Pr Cornil, le bacille tuberculeux peut être à la surface de l'amygdale et non dans le tissu même; pour prouver la nature tuberculeuse des hypertrophies adénoïdes, il ne suffit pas d'inoculer des fragments de tissu au cobaye, il faut encore examiner ces tisus histologiquement et y démontrer la présence des éléments tuberculeux. C'est ce que firent Wright, et Ricardo Botey : avec ces précautions la tuberculose des amygdales apparaît infiniment plus rare. D'ailleurs, la fréquence de la tuberculose primitive des amygdales est impossible à établir précisément, car on ne peut pas toujours faire le départ exact des cas d'infection secondaire et des cas d'infection primitive.

Il nous suffit de savoir qu'elle existe, et quelle peut être le point de départ de généralisations secondaires. Dans la grande majorité des cas, la tuberculose de l'amygdale se propage aux ganglions lymphatiques du cou (R. Petit, Cruckmann). La similitude de tissus entre l'amygdale et les ganglions qui sont tous deux des organes lymphoïdes, les nombreuses communications lymphatiques qui existent entre ces deux organes expliquent la propagation facile de l'un à l'autre. Dmochowski a surpris le passage des bacilles de Koch dans les lymphatiques allant de l'amygdale aux ganglions cervicaux.

La tuberculose primitive de l'amygdale peut encore donner lieu à des tuberculoses secondaires des vertèbres (Ruge) de l'oreille moyenne (Gottstein) et même du poumon, par l'intermédiaire des ganglions bronchiques (Ruge, Dieulafoy). Elle peut expliquer, d'après Marfan, Scheibner, Seifert, certaines méningites tuberculeuses en apparence primitives.

En dehors de l'amygdale, le reste de la muqueuse buccopharyngée peut encore être le siège d'une tuberculose primitive, mais beaucoup plus rarement. Cependant les dents cariées ont été accusées par Stark de servir de porte d'entrée au bacille de la tuberculose qui, par là, irait infecter les ganglions du cou.

Une conclusion pratique ressort de cette étude c'est qu'il faut toujours, en cas d'adénite tuberculeuse cervicale, explorer avec soin la bouche et les amygdales afin de découvrir et de traiter la lésion primitive. C'est aussi qu'il ne faut pas négliger et laisser sans soins les ulcérations de la bouche, les dents cariées, les hypertrophies amygdaliennes et les végétations adénoïdes, porte d'entrée, toujours ouverte au bacille de Koch. — M. Labbé.

Les coliques. — La question de l'origine des douleurs dans les coliques hépatiques ou néphrétiques n'est pas tranchée. Il y a différentes explications, parmi lesquelles celle de la migration du calcul et de l'irritation mécanique est la plus généralement admise. Une observation de Luke (*Wiener Klin. Wochenschrift*) plaide pour une autre interprétation : un malade opéré d'une cholécystite suppurée avec une vésicule fistulisée éprouvait régulièrement des douleurs de colique quand on injectait du liquide dans la vésicule et quand ce liquide ne refluait pas facilement. Les coliques seraient donc plutôt dues à une tension intra-vésiculaire exagérée. Quand un calcul obture le canal cholédoque, la musculature se contracte pour faire progresser le calcul et augmente la tension de la bile; la colique naît. La douleur serait donc comparable à celle que provoque une inflammation ou un abcès avant son débridement, et qui disparaît dès qu'une soustraction sanguine a permis aux tissus de se dégorger. — Bd.

Température, éclairement et maladies infectieuses. — La vieille notion clinique d'après laquelle le nombre des maladies dépend des influences météorologiques, attend toujours sa consécration scientifique. Le laboratoire a démontré l'influence du refroidissement sur l'éclosion et sur l'évolution de certaines maladies, mais en pratique la morbidité ne suit pas la marche du thermomètre; les maladies *a frigore* sont toutes microbiennes, et il faut donc tenir compte non seulement de l'hôte, mais aussi du parasite. La flore bactérienne ectogène subit également l'influence du vent, de la pluie, de l'humidité, des rayons solaires.

Ruhemann qui s'occupe depuis longtemps de ces questions vient de démontrer d'une façon évidente la dépendance du nombre des maladies de refroidissement de l'intensité de l'éclairement solaire (*Zeit-*

Digitized by Google

schrift f. diät. u. phys. Therap.). Ces deux facteurs sont en raison inverse : à un nombre de jours ensoleillés correspond un petit nombre de maladies *a frigore*, et une série de jours nuageux augmente le nombre de ces maladies. Parfois, le parallélisme est un peu en retard : les germes ont besoin d'une période de latence pour acquérir la virulence et le développement nécessaires pour nuire. L'éclairement intense qui règne pendant l'été détruit un grand nombre de microbes; aussi les transitions de température de l'équinoxe d'automne provoquent moins de maladies que celles du printemps. Les maladies exclusivement transmissibles par contagion, telles que la rougeole, la scarlatine, la varicelle ne suivent pas cette règle.

Voici deux exemples suggestifs pris dans le travail de Ruhemann : du 17 au 23 février 1895 le soleil a brillé à Berlin pendant 2 h. 50 et il y eu 199 cas de maladies des voies respiratoires; dans la semaine correspondante en 1896 il y a eu 28 h. 30 d'éclairement solaire et seulement 82 cas des mêmes maladies.

De 1889 à 1896, le nombre des entrées dans les hôpitaux de Berlin pour phtisie pulmonaire correspond en sens inverse au tracé des heures d'illumination solaire annuelle. — Bd.

MÉDECINE

Vaccine inoculée dans l'œil. — Un homme de 43 ans vint se présenter à la clinique du Pr Laqueur avec un œil gauche très douloureux, larmoyant et avec un œdème palpébral considérable. La conjonctive des paupières et du bulbe était fortement injectée et un peu chémotique ; dans le cul-de-sac conjonctival inférieur il y avait une plaque arrondie, blanche, et à l'angle interne de l'œil une seconde plaque toute pareille. La cornée, le bulbe, étaient intacts, les fonctions visuelles normales. Une glande préauriculaire du volume d'une noisette était très douloureuse (*Klin. therap. Wochenschrift*).

Tout traumatisme et toute brûlure étaient exclues. Il ne s'agissait pas de syphilis, car un chancre aurait été induré et les plaques ne l'étaient pas. Dans la diphtérie de l'œil l'œdème est dur, ici il ne l'était pas. On pensa à une infection vaccinale, et effectivement cet homme donnait des soins à son enfant vacciné trois semaines auparavant; les pustules s'étaient ulcérées et formaient plaie sur le bras. L'évolution confirma ce diagnostic ; au bout de quelques jours des pustules vaccinales éclorent sur la paupière et sur la joue du malade. En trois semaines tout guérit. Le traitement avait consisté en lavages fréquents à l'eau boriquée et en insufflations d'iodoforme. Les caustiques donneraient des résultats déplorables d'après l'auteur.

Il faut retenir de ce fait que la vaccine de la conjonctive des paupières n'est pas constituée par une pustule, mais par une simple plaque blanche et plate; la minceur de la conjonctive, son adhérence intime avec le tissu du tarse, et la consistance ferme de celui ci ne permettent pas la formation d'une cloque. La guérison survient sans laisser de cicatrice.— Bd.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de la coxalgie fistuleuse. — La thérapeutique est plus difficile à cette période car la fistule s'éternisant dans la plupart des cas, le foyer s'infecte, l'état général s'altère. Ces fistules se ferment, se rouvrent, de nouveaux abcès se forment, aboutissant à de nouvelles fistules.

Pour Kirmisson et Calot, les principales indications sont alors de dilater les trajets, d'y injecter chaque jour de l'iode, du chlorure de zinc, du naphtol, de l'eau phéniquée, de les curetter au besoin ; ils proscrivent la résection. Sans doute, c'est là qu'elle est la plus mauvaise, les résultats lointains laisseront à désirer, mais, comme le fait remarquer Morestin, ce qu'il faut d'abord, c'est conserver l'existence à ces malades qui marcheront comme ils pourront. Ici le cas presse et il faut intervenir ; on fait une opération de nécessité et la résection trouve alors sa plus sûre indication comme le disent MM. Menard et Phocas.

Dans les coxalgies récemment fistuleuses, paucifistuleuses, avec bon état général, ce serait trop parfois de faire d'emblée la résection. Le drainage transtranchantérien de Delagénière trouvera quelques indications dans ces cas relativement favorables. Mais pour que ces demi-mesures réussissent, il faut que le malade soit en bon air et bien nourri.

Les résections dans les coxalgies fistuleuses sont souvent difficiles, à cause des déformations de l'articulation des lésions acétabulaires, des abcès pelviens, de la transformation scléreuse des tissus péri-articulaires. De plus, en raison de l'état du malade, l'intervention est sérieuse et comporte une mortalité.

Quant à la technique elle est variable suivant les cas et les opérateurs.

L'écueil de cette opération, c'est l'état de la cavité cotyloïde et de l'os iliaque dans le voisinage. C'est là la grande cause d'infériorité de la résection de la hanche sur celle de toutes les autres articulations des membres. On ne peut répondre d'aller jusqu'au bout des lésions, cela est matériellement impossible dans un très grand nombre de cas. Il faut enlever ce qui est malade, et si l'on peut tout ce qui est malade. Souvent le cotyle est perforé et il existe des abcès

Digitized by Google

pelviens, on a souvent à extraire l'os acétabulaire, ou le cartilage en Y. Si l'on ne veut pas perdre complétement le bénéfice de l'opération, il vaut mieux ne pas réunir. Peut-être le flambage conseillé par M. Félizet peut-il premettre d'être moins rigoureux à cet égard. Dans tous les cas, ce peut être un adjuvant utile que de promener, comme le fait ce chirurgien, la flamme du chalumeau dans tous les coins de la plaie. Des moyens énergiques permettent seuls en effet la désinfection d'un foyer où croupissent depuis si longtemps des sécrétions purulentes et où se sont développées depuis longtemps des associations microbiennes. On peut utiliser encore le fer rouge, l'eau bouillante, employés par Jeannel et Bauby dans le traitement des tuberculoses locales, ou le chlorure de zinc en solution forte,

De beaux succès suivent parfois ces résections, mais les soins consécutifs doivent être très minutieux ; l'opération n'est rien, si l'on apporte la moindre négligence aux pansements, ou si l'on oublie de surveiller l'attitude. L'extension continue sur le membre placé en abduction légère est le meilleur adjuvant pendant toute la durée de la cicatrisation. On empêche ainsi l'ascension du fémur, on épargne des douleurs au malade et on peut bien plus facilement soulever l'opéré. Et lui-même peut se soulever.

Malheureusement, ces résections échouent dans un grand nombre de cas ; d'autre part, quelques opérés meurent peu après l'intervention.

Parmi ceux qui survivent, un assez grand nombre ayant bien supporté l'opération donnent d'abord les meilleures espérances, mais ne guérissent pas complètemet. Ils conservent des fistules et reviennent en somme au *statu quo ante*. Ils bénéficient toutefois d'une amélioration temporaire pendant laquelle l'état général se remonte. Mais ils déclinent de nouveau tôt ou tard et sont emportés par une complication, ou meurent lentement par cachexie.

Des interventions secondaires telles que grattage, débridements, évidements, résections de nouvelles étendues d'os peuvent encore être tentées utilement, mais souvent aussi, c'est peine perdue, le plus souvent même. Quelque ingrate que soit cette chirurgie, il ne faut pas se décourager avant d'avoir épuisé toutes les ressources, mais tenter, au contraire, avec une conviction patiente, les moyens médiocres à défaut de bons moyens, et par ci par-là l'on sauvera quelque existence. Abandonnées à elles mêmes les coxalgies fistuleuses meurent en effet presque sans exception.

Mais si en dépit de la résection, des débridements, des drainages, la situation s'aggrave, l'enfant dépérit tous les jours, que doit-on faire ?

Pour certains, incapables de supporter une nouvelle et grave nitervention, on ne peut rien faire ; pour d'autres, plus résistants, on peut tenter la désarticulation de la hanche. C'est une opération grave, néanmoins Ménard qui l'a pratiquée plusieurs fois la conseille beaucoup.

Malheureusement, le bassin reste et c'est là souvent le siège des lésions les plus étendues. Cependant ces lésions mises à nu par la désarticulation sont susceptibles de guérir, grâce à un traitement appliqué directement ; tout cela est long, difficile, mais la guérison définitive peut être obtenue.

En cas d'insuccès d'une large résection on a été plus loin, on a proposé la suppression de l'os iliaque seulement en laissant le membre inférieur, ou bien la désarticulation inter-iléo-abdominale, mais ce sont des opérations trés graves que l'on aura très rarement l'occasion d'entreprendre.

En somme, dans la coxalgie fistuleuse, le malade peut bénéficier, dans une large mesure, d'un traitement opératoire. Il ne saurait être question ici des résultats fonctionnels. La fonction est une préoccupation secondaire quand il s'agit de sauver l'individu. Mais cela ne veut pas dire que, dans un grand nombre de cas, il ne soit pas indiqué d'essayer d'abord, longtemps et avec patience, un traitement conservateur.

Au contraire, tant qu'il n'y a point de fistule, on ne saurait être trop résolument conservateur. Tant que la coxalgie est fermée. il faut se garder de l'ouvrir ; c'est là une règle générale qui comporte peu d'exceptions. — J. H. M.

SYPHILIGRAPHIE

L'albuminurie et la cylindrurie par la syphilis et le mercure. — La néphrite syphilitique ne se distingue par aucun symptôme ni, dans la plupart des cas, par ses lésions, des autres néphrites. Ce n'est que très rarement qu'on trouve des lésions spécifiques, telles que des gommes ou des lésions vasculaires identiques à celles des vaisseaux du cerveau. Très vraisemblablement, le rein granuleux unilatéral doit être considéré comme spécifique d'après M. Welander (de Stockolm).

Pendant la vie, on ne peut poser qu'un diagnostic de probabilité et on a toujours le droit de se demander, si la néphrite au cours d'une syphilis n'est qu'une simple coïncidence.

Il est clair que la nature spécifique d'une néphrite devient d'autant plus probable qu'elle coïncide avec d'autres manifestations syphilitiques. Mais le fait qu'elle n'est pas améliorée par le mercure ou l'iode ne doit pas être considéré comme une preuve de non-spécificité ; elle peut être para-syphilitique. D'autre part, l'amélioration produite par le traite-

Digitized by Google

ment spécifique, n'est pas non plus une preuve de spécificité, puisqu'on prescrit en même temps le régime lacté.

En analysant les urines de 384 syphilitiques 33 fois M. Welander trouve plus ou moins d'albumine.

« Dans un cas, au moins, il a pu faire le diagnostic de gomme d'un rein. L'urine devint subitement épaisse, d'une couleur brun sale, avec une grande quantité de globules rouges et des cylindres sanguins. En quelques jours, les urines devenaient de nouveau normales, sans trace d'albumine et ceci coïncidait avec la disparition d'une gomme cutanée, Dans deux autres cas, le diagnostic de gomme rénale était très vraisemblable. »

L'examen des sédiments urinaires de la seconde moitié de l'urine d'une miction après centrifugation, donne des résultats intéressants. M. Welander remarque qu'il y a très rarement des cylindres, qui, s'ils existent, sont ou hyalins ou finement granuleux. Le virus syphilitique ne paraît que très rarement produire de l'irritation rénale,

L'albuminurie et la cylindrurie, quand il y en a, dépendent du traitement mercuriel, même trés modéré.

Fürbringer, au congrès de médecine de Wiesbaden en 1885, rapportait cent cas de syphilis secondaire. qui n'avaient pas subi un traitement mercuriel. Huit de ces malades devenaient albuminuriques par le traitement mercuriel. En général, l'albuminurie commençait dans la deuxième semaine du traitement.

M. Welander a lui même observé, dans son service d'hôpital, 14 cas d'albuminurie, causée par le traitement mercuriel. L'albuminurie ne se montrait que quand le malade avait subi le traitement mercuriel pendant trois ou quatre semaines.

« Dans presque tous les cas où je continuais le traitement mercuriel, dit-il, l'albuminurie augmentait. Elle disparaissait, au contraire, dans les cas où je cessais ce traitement. Dans les cas où j'ai dosé la quantité de mercure dans l'urine, je l'ai trouvée très forte, quand il y avait de l'albumine. Quand l'élimination de mercure diminuait, l'albumine diminuait aussi.

« L'albuminurie aussi bien que la cylindrurie, ne prouvent pas que le traitement mercuriel a été trop intense. C'est la prédisposition individuelle qui fait, que même un traitement modéré peut provoquer de l'albuminurie. S'il n'y a pas de prédisposition individuelle, même un traitement très intense, n'aura pas cet effet.

« J'ai trouvé l'albuminurie après un traitement mercuriel dans deux cas, où il n'y avait pas de syphilis.

« Quand on voit combien l'élimination de mercure peut irriter un rein sain, on arrive naturellement à se demander si l'on peut entreprendre un traitement mercuriel énergique chez une personne, qui souffre de néphrite chronique.

« Une de mes observations prouve pourtant que les reins n'en souffrent pas nécessairement. En tous cas, il faut bien surveiller l'effet du mercure sur des reins malades.

« On peut se demander aussi, si les avantages d'un traitement mercuriel énergique sont si grands, qu'on a le droit d'y avoir recours, malgré son mauvais effet sur les reins. J'y réponds catégoriquement : oui, et cela d'autant plus que l'albuminurie et la cylindrurie qui en résultent sont presque toujours transitoires. Il semble bien aussi qu'un rein, qui a subi l'irritation du mercure, n'est pas pour cela plus susceptible dans l'avenir qu'un rein n'ayant pas subi cette irritation. Autrement, on trouverait bien plus souvent des néphrites chez les anciens syphilitiques. » — S. R.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle consacrée à la lecture des prix décernés en l'année 1900.

M. Debove prononce l'éloge de M. Charcot (*18 décembre*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Angine de Vincent. — M. Letulle. Cette affection décrite par M. Vincent, il y a deux ans, est une angine aiguë, amygdalienne, à début fébrile ou subfébrile avec douleur d'ordinaire légère et troubles fonctionnels modérés. Elle se caractérise par une inflammation ulcérative, membraniforme, pulpeuse ou ulcéro-membraneuse d'une amygdale, rarement des deux, et de la muqueuse avoisinante ; la participation des ganglions sous-maxillaires est minime, jamais inquiétante. L'état général est peu touché, malgré l'haleine fétide et l'état gastrique qui accompagnent les premières heures, sinon les premiers jours de cette infection buccopharyngée.

Dans l'immense majorité des cas, il est impossible de trouver parmi les antécédents du sujet une raison quelconque, locale ou générale, pouvant expliquer l'apparition de cette lésion de la muqueuse buccale ni justifier la ténacité, les recrudescences ou l'extension d'un travail destructif, atonique ainsi circonscrit.

Lorsque l'on n'intervient pas, ou lorsque l'on intervient mal, la lésion persiste atonique, et demeure souvent stationnaire, si même elle ne s'étend pas. L'ulcération se creuse une loge assez profonde dans l'amygdale et se remplit de détritus grisâtres, sans odeur gangréneuse, que le

Digitized by Google

tampon d'ouate, chargé de teinture d'iode, dilacère, en faisant saigner les tissus sous-jacents. Les bords apparaissent taillés à pic, un peu boursouflés, voire même échancrés de place en place, par le processus subaigu nécrobiotique ayant entamé le tissu réticulé de l'amygdale.

Alors surviennent les phases d'amélioration bourgeonnante et de réinfection locale sur la même amygdale ou sur les deux, sur les piliers du voile ou la luette, sur la sertissure gingivale d'une dernière molaire, et même parfois sur la muqueuse génienne ou labiale.

Enfin, après une série de poussées nouvelles, la maladie, ulcéro-membraniforme dans toutes ses manifestations bucco-pharyngées, s'éteint sur place ; il se produit une réparation végétante et complète de la muqueuse. L'évolution de la maladie aura duré de 10 à 30, 60 et 70 jours et même plus. La guérison est la règle et les complications ganglionnaires, rénales ou séreuses sont inconnues. Le traitement consiste principalement en lavages de la bouche avec l'eau stérilisée et cautérisations locales quotidiennes à la teinture d'iode.

De même que M. Vincent, M. Letulle a rencontré dans les détritus pulpeux des ulcérations un spirille fusiforme, analogue au bacille fusiforme de Vincent, mais qui ne paraît pas avoir de spécificité particulière, car on la rencontre dans diverses lésions ulcératives de la gorge.

Migraine ophtalmoplégique et syphilis cérébrale. — M. Lamy (Voir page 852).

Malformation congénitale du cœur. — M. Duflocq présente un sujet de 19 ans, atteint de rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire et d'innocclusion du septum ventriculaire, caractérisés par les symptômes suivants : cyanose des extrémités et crises de palpitations sous l'influence des efforts, de la fatigue ; frémissement calaire sur une zone se dirigeant de la pointe du cœur vers le bord gauche du sternum au niveau des 3e espace et 4e espaces intercostaux : souffle systolique râpeux, vibrant dans la même région. Les autres organes sont sains (*11 décembre*).

BIBLIOGRAPHIE

Traitement médical des maladies des femmes, par A. Robin, de l'Académie de médecine, et Paul Dalché, médecin des hôpitaux de Paris (un vol. grand in-8° de 504 pages. Paris, 1900, Rueff, éditeur).

Voilà un livre bien attendu et qui vient à son heure pour démontrer que le traitement de toutes les maladies des femmes ne rentre pas dans le domaine exclusif de la chirurgie. Comme le disent et le prouvent les auteurs, il s'adresse aux étudiants, surtout aux praticiens qui, à notre époque, doivent connaître la gynécologie au même titre que les autres branches de la pathologie.

M. A. Robin, dont l'ardeur est infatigable et le labeur incessant, a rédigé les chapitres suivants : *Indications générales du diagnostic des fausses utérines ; Indications générales de leur traitement ; Traitement hydro-minéral des maladies des femmes.* Dans ces divers chapitres, on retrouve toujours les qualités maîtresses de notre savant collègue : l'esprit d'observation, le sens pratique au plus haut degré, une sage thérapeutique qui a déjà rendu tant de services aux praticiens.

La part réservée à son collaborateur n'est pas moins importante : *Etiologie et pathogénie générales des fausses utérines ; Fausses utérines et affections des voies digestives, de l'appareil circulatoire, des reins, du système nerveux ; La menstruation et ses accidents, hygiène et thérapeutique ; Thérapeutique médicale des maladies des femmes* (de la vulve et du vagin, de l'utérus, des déplacements et déviations de la matrice, des fibromes, du cancer, des phlegmasies péri-utérines, de l'ovarite, des salpingites, etc). — Dans la rédaction de tous ces chapitres, M. Dalché s'est montré à la hauteur de l'œuvre ; lui aussi est un clinicien hors ligne, un thérapeute de grand talent qui continue dignement les traditions familiales du regretté Dr Gallard. Nous tenons à lui adresser nos félicitations et nos remerciements les plus sincères ; car, la lecture de tous ces chapitres nous a beaucoup appris et beaucoup intéressé.

Ce livre est appelé à un très grand succès, et cela pour deux raisons : la première, c'est parce qu'il émane de deux savants médecins qui veulent toujours allier la thérapeutique et la clinique ; la seconde, c'est parce qu'ils ont toujours démontré que l'intervention sanglante n'est pas toujours l'*ultima ratio* du traitement. « Par des soins minutieux, disent-ils, le médecin peut rendre les plus grands services à nombre de malades, et souvent il leur évitera de graves opérations ; mais sans perdre en hésitations un temps précieux, il doit savoir aussi leur imposer une intervention chirurgicale dès que celle-ci devient nécessaire. »

Tel est le but, telle est la pensée de ce livre qui va faire époque dans l'étude de la gynécologie médicale. Il n'est donc pas seulement utile aux médecins, il rendra les plus grands services aux chirurgiens. — H. Huchard.

L'arthrite chronique, par le professeur R. Massalongo (de Padoue), avec préface du Dr de Giovanni. — Un vol. de 25 p. Milan 1900.

Ce travail écrit en langue italienne mériterait les honneurs de la traduction française, car il est très instructif. Il se divise en trois grands chapitres ; 1° L'arthropathie chronique en général, (arthropathie infectieuse, pseudo-rhumatisme infectieux, arthropathies dyscrasique, nerveuse, tabétique, cérébrale, etc.; 2° L'arthropathie du rhumatisme articulaire chronique avec ses différentes variétés ; 3° La thérapeutique générale de l'arthrite chronique. Cette dernière partie, comme les deux autres du reste, est très étudiée, et les lecteurs qui s'intéressent à cette question s'uniront à nous pour féliciter l'auteur, déjà bien connu en France par des travaux consciencieux et fort intéressants. — H. H.

Avis de l'Administration — Le second volume de *Mementos thérapeutiques* ne paraîtra qu'à la fin de l'année 1901.

Le premier volume (900 pages), que possèdent déjà beaucoup de nos lecteurs, ayant paru à la fin de 1900, n'est pas encore épuisé. Nous rappelons à tous nos lecteurs qu'ils peuvent le retirer à titre gratuit aux bureaux du Journal (38, boulevard des Invalides), ou le demander par lettre avec 0,60 centimes en timbres-postes pour frais d'envoi. Ce volume est offert à tous nos abonnés, anciens et nouveaux, à titre de prime gratuite.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

Table alphabétique des Matières

ANNÉE 1900

Cette table a été composée pour être à la fois analytique et synthétique.

Dans le but de rendre plus faciles et plus rapides les recherches du lecteur, les renvois ont été multipliés, et les rubriques ont été composées en PETITES CAPITALES (noms d'auteurs), en égyptiennes (organes, maladies, etc., etc.).

A

Abcès. — V. Cervelet, Coxalgie, Foie. — A... pelviensappendiculaires, par DELANGLADE, 398. — Traitement des A... rétro-pharyngiens, par DEGUY, 102.
Abdomen. — Kystes hydatiques de l'A..., par MIGNON, 431.
Abdominale. — V. Hystérectomie.
Académie de médecine. — 29, 46, 62, 78, 95, 126, 148, 159, 173, 190, 206, 222, 238, 253, 270, 287, 301, 317, 363, 366, 381, 396, 412, 429, 445, 461, 477, 491, 510, 527, 544, 572, 591, 671, 687, 701, 716, 732, 750, 769, 795, 829, 845, 863.
Accidents. — V. Dentition.
Accouchement. — Les A... inconscients et sans douleur au point de vue medico-légal, par COLIEZ, 205. — Occlusion intestinale opérée 24 heures après l'A..., par MORESTIN, 463. — V. Chancre syphilitique, Utérus, Vagin.
ACHARD. — V. Albuminerie, Bleu de methylène, Capsules surrénales, Ladrerie, Rein.
Acholurique. — V. Ictère.
Acide chlorhydrique. — V. Alimentation. Emploi de l'A... dans les affections osseuses du conduit auditif, par BULL, 72. — Valeur de l'A... dit combiné C, par FRÉMONT, 171. — V. Zona.
Acide chromique. — V. Stomatite.
Acide picrique. — Comment enlever les taches d'A..., 858.
Acidité. — V. Arthritisme, Tuberculose pulmonaire.
Acné. — V. Chlore. — A... inflammatoire, 283. — Traitement de l'A... nécrotique, par SABOURAUD, 60.
Acromégalie. — A... avec tumeur du corps pituitaire, par RAVAUT, 223.
Actinomycose. — De l'A... humaine pendant ces dernières années, par PONCET et BÉRARD, 233.
Adénite. — V. Appendicite.
Adénoïdienne. — V. Infections.
Adénomégalie. — V. Cirrhose.
Adénopathie. — Les A. . chirurgicales tuberculeuses, par BOUVET, MILHIET, 815. — Les A... à distance dans les cancers viscéraux, par M. LABBÉ, 406. — A... sus claviculaire gauche et axillaire, par TROISIER, 480.
Administration. — V. BROUQ.
Adulte. — V. Entéro-colite, Péritonite.
Aérienne. — V. Embolie.
Aerothérapie. — V. Phtisie.
Affaire. — V. Beaujon.
Affections. — A... congénitales : v. Cœur. — Nouvelle méthode de traitement des A... nasales et naso-pharyngiennes par les applications d'air chaud, par LERMOYEZ et MAHU, 633.
Age. — V. Tuberculose.
Air. — A... chaud : v. Affections.
Aire. — V. Cœur.
ALBARRAN. — V. Rein, Urèthre.
Albuminoïdes. — De la valeur de quelques préparations A..., par AUERBACH, BUSENTHAL, BLOCH, 184.
Albuminurie. — A... intermittente des jeunes sujets, par GILLET, 549. — A... orthostatique, par BOURCY, 417; par ACHARD et LŒPER, WIDAL, SIREDEY, RENDU, SEVESTRE, 446; par MERKLEN, ACHARD, MILLARD, 461. — V. Syphilis.
Alcool. — Les méfaits de l'A..., par YOT, 4 88.
Alcoolique. — V. Cœur.
Alcoolisme. — L'A... et son remède, par REILLE, YOT, 267. — Statistique de l'A..., par FERNET, 318.
Algérie. — V. Variole.
Alimentaire. — V. Empoisonnements, Glycosurie, Intoxication, Vanille.
Alimentation. — Influence de l'A... sur la sécrétion de l'acide chlorydrique chez l'homme, par JUNGENSEN, 668. — V. Lait, Tuberculeux.
ALISON. — V. Grippe.
Allaitement. — L'A... artificiel, par JACOBI, HEUBNER, MONTI, JOHANNESSEN, VARIOT, 585.
ALLEN. — V. Eczema.
Altérations. — A... dentaires : V. Morphinomanes, Syphilis.
Alveolaires. — V. Kystes hydatiques.
Alveolo-dentaire. — V. Arthrite.
Amnios. — V. Malformations.
Amygdalite. — A... chronique : V. Troubles digestifs. — V. Endocardites.
Amyotrophies. — Recherches expérimentales sur les A... d'origine articulaire, par HARTMANN, MALLY, MIGNOT, 287. — V. Tuberculose pulmonaire.
Analgésique. — V. Œil.
Analyse. — V. Pouls.
Anaphrodisiaque. — Cachets A., 102.
Anastomose. — V. Cancer.
Anémie. — A... des nourrissons dyspeptiques et son traitement, par COMBY, 373.
Anémiques. — V. Cœur.
Anesthésie. — V. Cocaïne.
Anévrysme. — A... de l'aorte, par LANCEREAUX, 396. — Symptomatologie insolite d'un A.. de l'aorte descendante, par LENZMANN, 749. — A... diffus de la tibiale postérieure, par CHAPUT, VERON, 785. — Caractères cliniques des douleurs anévrysmatiques, par HUCHARD, RENDU, LYON, HAYEM, 143. — Traitement des A... par la gélatine en injections sous-cutanées, par LANCEREAUX, 477. — Les observations cliniques sur le traitement des A... par la gélatine en injections sous-cutanées, par GOLOUBININE, 628. A... de l'iliaque externe, ligature de l'aorte, par TILLAUX, 308. — A... de la sous-clavière et du tronc innominé guéri par la méthode de Brasdor, par LE DENTU, GÉRARD-MARCHANT, 510. — Sur un volumineux A... aorto-abdominal guéri par l'emploi interne de la gélatine, par WEDELER, 713. — A... de l'artère iliaque externe, par ROUTIER, 528. — V. Cœur.
Angine. — Deux cas d'A... pneumococcique simulant la diphtérie, par TRONCHET, 25. — Des A... ulcero-membraneuses, par BONNUS et DEGUY, 305. — V. Scarlatine. — A... de Vincent, par LETULLE, 863.
Angiocholites. — Des A... anictériques, par GILBERT et LEREBOULLET, 302. — V. Cholecystostomie.
Angiomes. — Traitement des A... par l'électrolyse, par GUILBARD, 13.
Anictériques. — V. Angiocholites.
Aniline. — Empoisonnements non professionnels par l'A..., par LANDOUZY et G. BROUARDEL, 491.
Animaux. — V. Viande.
ANNEQUIN. — V. Varicocèle.
Annexes. — V. Utérus.
Anomales. — V. Respirations.
Anomalie. — V. Organes génitaux.
Anthelminthique. — Sur l'emploi de quelques A..., par HELOUN, 43.
Antidiphtérique. — V. Serum.
Antisepsie. — A... des voies respiratoires, par LABORDE, LACROIX, 445. — V. Hydrargyre.
Antiseptique. — V. Iode, Phtisie, Service.
Antitussine. — V. Coqueluche.
ANTONY. — V. Aphasie.
ANSCHUTZ. — V. Hemochromatose.
Anurie. — L'A... par excès de boissons aqueuses, par FIESSINGER, 133. — A.. complète de 7 jours, sans urémie, chez un malade atteint de lithiase rénale, de ramollissement cérébral et protubérantiel, de cirrhose hépatique, de myocardite et d'aortite chronique, par RENON, 126.
Anus. — A... contre nature : V. Intestin.
Aorte. — V. Anévrysme. — A... descendante : V. Anévrysme. — L'aortite pneumonique, par COLLARD, 128.
Aortite. — V. Aorte, Anurie.
Aorto-abdominale. — V. Anévrysme.
Aphasie. — A... traitée par la rééducation, par ANTONY, 510.
Apophyse mastoïde. — V. Oreille.
Application. — V. Affections, Quinine.
Appendicite. — Adénite dans l'A..., par GÉRARD-MARCHANT, 80. — Quelques réflexions à propos de la colite muco-membraneuse et de l'A... qui se produit au cours de cette maladie, par BEURNIER, 81. — Diagnostic de l'A..., par ROUTIER, 49. — Quand peut-on dire qu'on opère une A... à froid? par REYNIER, 636 — A... et grossesse par PINARD, 173. — Indications thérapeutiques dans l'A..., par JALAGUIER, 587. — L'opération de l'A..., par MILHIET, 457. — Des para-A..., par BAZY, NIMIER, 112; par ROUTIER, DELBET, 144. — A... perforante, guérison, par SCHWARTZ, 224. — A... avec péritonite, par TUFFIER, JEANNE, 111. — V. Péritonite. — A... suppurée, par KIRMISSON, VERON, 512. — Traitement de l'A..., par REYNIER, 537. — Des troubles digestifs dans l'A... chronique. Rôle de l'infection, et des épiploites, par WALTHER, 182. — Sur 202 cas d'A..., par NICOLAYSEN et THUL, 731. L'A... pendant la gestation, la parturition et les couches, par OSCAR SEMB, 714.
Appendiculaire. — V. Abcès, Péritonite Pleurésie.
Arachnoïde. — V. Cocaïne.
Argent. — V. Blennorrhagie.
Armée. — V. Empoisonnements.
ARNAUD. — V. Capsules.

Digitized by Google

Arrêt de développement. — V. Malformations.
Arsenic. — V. Chlorose, Incompatibilité. — Localisation, élimination et origine de l'A... chez les animaux, par GAUTIER, 110. — Rôle de l'A... dans l'économie, par GAUTIER, 544.
Arsenicale. — V. Melanodermies.
Artère. — V. Anévrysme. — Maladie des A..., par WEBER, SCHRŒTTER, 129. — A... pulmonaire : V. Embolie, Peumon.
Artérielle. — V. Hypertension
Artérioscléeux. — V. Polyurie.
Arterio-sclérose. — V. Cœur, Respiration.
Arthrite. — Traitement de l'A... alveolo-dentaire, par BRUNEAU, 583 — A... déformantes : V. Rhumatisme. — V. Pneumocoque.
Arthritisme. — De l'A..., Traitement de ses différentes manifestations basé sur l'état de l'acidité de l'urine à jeun. Rôle du phosphore et de ses composés dans la régularisation de cette acidité, par CAUTRU, 641.
Articulaire. — V. Amyotrophies.
Artificiel. — V. Allaitement.
Arythmie. — A... tardive ou A... de la convalescence de la fièvre typhoïde, par HUCHARD, 6.
Asaret. — L'A... au cabaret, 569.
Ascaris lombricoïde. — Le rôle pathogène de l'A... dans l'intestin de l'homme, par GUIART, 62.
Ascite. — A... cirrhotique curable, par LANDRIEUX, 785. — A... lactescente, par WIDAL, MERKLEN, VAQUEZ, 160 ; par VARIOT, 174.
Asepsie. — Sur l'A..., par POIRIER, PICQUÉ, 415 ; LEJARS, GUINARD, 479 ; WALTHER, QUENU, 785. — De l'A... des mains, par SCHWARTZ, BROCA, 735. — De l'A... opératoire, par QUENU, ROCHARD, BAZY, TUFFIER, NELATON, ROUTIER, SCHWARTZ, 287 ; ROCHARD, 384 ; DELBET, CHAMPIONNIÈRE, 496.
Aspergillose. — A... maladie primitive, par RENON. 533.
Aspiration. — V. Vessie.
Aspirine. — Action de l'A... sur la fièvre des tuberculeux., par RENON et LATRON, FAISANS, 446. — Sur la valeur thérapeutique de l'A..., par RENON, 719.
Asystolie. — V. Cœur.
Ataxie. — Traitement de l'A... des tabétiques, par RICHE, 38.
Atlas. — V. Fracture.
Atrophies. — A... musculaires progressives : V. Paralysies.
AUBERT. — V. Cordon.
AUDION. — V, Ombilic.
AUERBACH. — V. Albuminoides.
AUSSET. — V. Fièvre typhoïde.
Auto-intoxication. — L'A..., par EWALD, 444.
AUVRAY. — V. Invagination.
AVIRAGNET. — V. Troubles digestifs, Coliques.
Avoine. — L'A..., 664.
Avortement. — De la menace d'A... au 3e et 4e mois de la grossesse, par DEMELIN, 33. — Traitement des rétentions placentaires consécutives à l'A... par le tamponnement intra-utérin, par GROSJEAN, 428. — Consultation médico-légale concernant l'A..., par BROUARDEL, 833.
Axillaire. — V. Adénopathie.

B

BABÈS. — V. Pellagre, Rage.
BABINSKY. — V. Hémiplégie.
Bacille. — B... de Friedlander : V. Pleurésies. — B... pyocyanique : V. Ulcères. — V. Rhinite.
Bactériologie. — V. Grippe.
BAILLET. — V. Os.
Bains. — B... chauds : V. Méningite. — B... froids : V. Fièvre typhoïde. — V. Psoriasis.
BALESTRE. — V. Œdèmes.
Balle. — B... de revolver : V. Estomac.
Ballons. — V. Gaz.
Balnéation. — V. Fièvre typhoïde.
BALTUS. — V. Pleurésie.
BALZER. — V. Blennorrhagie, Psoriasis.
BAR. — V. Eclamptiques.
BARADAT. — V. Tuberculose.
BARBAROUX. — V. Maladies infectieuses.
BARBIER. — V. Dextrocardie, Respiration, Rhumatisme, Tuberculose.
BARETTE. — V. Monstre.
BARTH. — V Médication, Tuberculeux.
BASCH. — V. Intestin.
Battements. — V. Cœur.
BAZY. - V. Appendicite, Asepsie, Rein.
Beaujon. — L'affaire B... par TREILLE, 22.
BÉCLÈRE. — V. Cœur. Pneumothorax.
BERARD. — V. Actinomycose.
BERGER. — V. Cancer, Hernie.
BERNARD (L.). — V. Rein.
BERNHEIM. — V. Phtisiques.
BERTHERAND. — V. Tuberculose pulmonaire.
BERTON, — V. Rein.
BEURNIER. — V. Appendicite, Organes génitaux.
Biberon. — Présentation d'un nouveau B... gradué par VARIOT, 825.
Bibliographie. — 15, 31, 64, 112, 144, 175, 288, 304, 320, 836, 352, 368, 384, 416, 479, 528, 576, 592, 608, 656, 688, 703, 736, 752, 768, 783, 864.
BIDAULT. — V. Galactorrhée.
Biiodure. — V. Mercure.
Biliaire. — V. Calculs, Cirrhose, Lithiase, Néphrite, Puerpéralité.
BILLET. — V. Méningite.
BILLOT. — V. Fracture.
Bilocculaire. — V. Estomac.
Bismuth. — V. Blennorrhagie.
BLANCHARD. — V. Chique, Filaire.
BLASART. — V. Utérus.
Blennorrhagie. — De l'emploi du citrate de bismuth et du citrate double de bismuth et d'argent dans le traitement de la B... par BALZER et LEROY, 609. — Complications cardiaques de la B... par THAYER et LAZEAR, 105. — Complication grave d'une B... par DANLOS, 127. — Influence de la température élevée sur la B... 669. — Causes des infections généralisées dans la B... par BALZER. 589. — La myosite blennorrhagique, par BRAQUEHAYE et SERVEL, 94. — V. Œil, Utérus.
Blessure. — V. Sinus.
Bleu de méthylène. — Elimination du B... pris à doses répétées, par ACHARD et CLERC, WIDAL, 238. — V. Rein.
BLIND. — V. Cœur, Hypertension.
BLOCH. — V. Albuminoïdes.
BŒCKEL. — V. Pancréas.
Boissons. — B... aqueuses : V. Anurie.
BOISSARD. — V. Grossesse, Lait.
BOIX. — V. Tuberculose pulmonaire.
Bol blanc. — Le B... 745.
BOMMIER. — V. Ozène.
BONAMY. — V. Infection puerpérale.
BONNUS. — V. Angines.
BORIE. — V. Estomac.
BOUCHARDAT. — V. Gaz.
Bouche. — V. Ulcérations mercurielles.
BOULAY. — V. Labyrinthites.
BOURCARD. — V. Café, Caféisme, Sérum.
BOURCY. — V. Albuminurie.
Bourdonnements. — V. Oreille.
BOUTIN. — V. Rotule.
BOUVET. — V. Adenopathie.
BOVET. — V. Nucléose.
BRAQUEHAYE. — V. Blennorrhagie.
BRAULT. — V. Varicocèle.
BRETON, — V. Grippe.
BRINDEAU. — V. Tourniole.
BRISSEMORET. — V. Erysimum, Huile de foie de morue, Trional.
BROCA. — V. Asepsie.
BROCHET, — V. Variole.
BROCQ. — V. Eczéma, Pelade.
Bromoforme. — Le B... par HELOUIN, 436.
Bromure. — V. Epilepsie.
Bronches. — Moule bronchique d'origine hémorrhagique, par SOUQUES, 272.
Bronchique. — V. Poumon.
Bronchite. — B... sèche, par HUCHARD, 7. — Cas de B... simple chez l'enfant, par GILLET, 198. — B... et hemo-B... des uricémiques, par HUCHARD, 421 — V. Tuberculeux.
Broncho-pneumonie. — V. Radioscopie.
BROUARDEL. — V. Aniline, Avortement, Poisons, Tuberculose.
Brûlure. — B... du pharynx simulant la diphtérie, par LE GENDRE, 430.
BRUNEAU, — V. Arthrite.
Bruit. — V. Pulmonaire.
Bucco-pharyngés. — V. Cœur.
BUFFET. — V. Gangrène.
Bulbe. — V. Rage.
BULL. — V. Acide chlorhydrique.
BUSENTHAL. — V. Albuminoïdes.

C

Cabaret. — V. Asaret.
Cacodylate. — Action favorable du C... sur les épithéliomas muqueux, par RENAULT, 206. V. Fer.
Cacodylique. — V. Médication.
Cadamatis. — V. Fièvre pernicieuse.
CADILHAC. — V. Sérothérapie.
Café. — L'influence du C... sur le système nerveux par BOURCART et NOTHNAGEL, 14.
Caféine. — Quelques formules pour la C..., 15.
Caféisme. — Du C... par BOURCART, 281.
Cal. — V. Fracture.
Calcanéum. — V. Fracture.
Calculs. — C... biliaires très volumineux, par LAUNOIS, 510. — C... biliaire : V. Occlusion. — C... intestinaux dus à l'ingestion de magnésie calcinée, par HALIPRÉ, 303. — C... uréthraux et péri-uréthraux, par GUINARD, PLUYETTE, 672. — C... uréthraux, par POTHERAT, 687.
Calculeuse. — V. Cholécystite.
CALLOMON. — V. Intestin.
Calomel. — V. Syphilis.
Campagne. — V. Sanatoria.
Cancer. — Traitement du C... par les injections de sérum anti-cellulaire, par WLAEF, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, BERGER, 796. — — C... du colon ascendant, Occlusion intestinale, Anastomose iléo-sigmoïde, Regularité des fonctions intestinales, par CHARRIER, 702. — V. Adénopathie, Joue, Pancréas, Utérus.
Cancéreux. — V Coma.
Canule. — V. Trachéotomie.
Capsules surrénales. — Hémorrhagie des C... par ARNAUD, 793. — Tuberculose caséeuse des C... terminée par la mort subite, par ACHARD, 303.
Cardiaques. — Les C... aux cures minérales, par PIATOT et TOUSSAINT, 601. — V. Rhumatisme.
Cardiopathies. — V. Cœur.
CARRIER. — V. Dégénérés.
CARRON DE LA CARRIÈRE. — V. Eaux minerales.
Caséine. — V. Lait.
CASTAIGNE. — V. Perméabilité, Somnolence.
CATTANEO. — V. Iode.
Caustique. — C... de Filhos : V. Métrite.
CAUTRU. — V. Arthritisme. Tuberculose pulmonaire.
CAUSSADE. — V. Céphalalgie.
CAZALIS. — V. Science.
Céphalalgie. — La C., des uricémiques chez les enfants. par CAUSSADE, 670.
Cerclage. — V. Rotule.
Cérébro-spinale. — V. Méningite.
CERNY-TRUNECEK. — V. Epithélioma.
Cervelet. — Abcès du C... par DIEULAFOY, 445.

Digitized by Google

Cervicale. — V. Métrite, Myélite.
Champignons. — Empoisonnement par les C... par HUCHARD, 777, 790.
CHAMPIONNIÈRE (Lucas). — V. Asepsie, Cancer, Crâne, Foie, Fractures, Hernie.
CHAMPETIER DE RIBES. — V. Placenta.
Chancre. — C... simple, par HALLOPEAU et LEREDDE, 324. — De l'influence du C... syphilitique du col de l'utérus sur l'accouchement, par LE BIGOT, 41.
CHANTEMESSE. — V. Fièvre typhoïde.
CHAPOT PREVOST. — V. Monstre.
CHAPUT. — V. Anévrysme, Intestin.
CHARRIER. — V. Cancer.
CHASSANDE-BAROZ. — V. Nouveau-né.
CHAUFFARD. — V. Pneumonie.
CHAUVEAU. — V. Poumon.
CHAUVEL. — V. Œil, Phlegmon.
Cheval. — V. Dourine.
Chèvre. — V. Lait, Vaccin.
CHEYNE-STOKES. — V. Respiration.
Chlore. — Intoxication par les vapeurs de C... Acné chlorique et tuberculose pulmonaire, par RENON et LATRON, 271.
Chlorhydro-peptique. — V. Médication.
Chlorose. — Fer, Arsenic ou Cuivre dans la C... par LIÉGEOIS, 615.
Chien. — V. Os, Rage.
Chique. — Apparition de la C.. à Madagascar, par BLANCHARD, CLAIR, JOLY, 95.
Cholécystite. — La C .. calculeuse. par GUILLEMIN, 89.
Cholécystostomie. — C... dans l'angiocholite, par LEJARS, 845.
Cholédocotomie. — V. Lithiase.
Choléra. — C... nostras avec entérocoque de de Thiercelin, par GALLIARD, MONOD, 271.
Chorea minor. — Contribution à l'étude étiologique de la C... par FRŒLICH. 731.
Chorée. — La chorée infectieuse (C... de Sydenham) et son traitement, par GRAM, 289.
Circoncision. — V Paraphimosis.
Circulation. — V. Cœur.
Cirrhose. — C... alcoolique : V. Foie. — C.. biliaire hyperspléno-mégalique, par GILBERT et L. FOURNIER, 382. — C... hépatique : V. Anurie. — C... hypertrophique biliaire à début splénique avec adéno-mégalie, par LANDRIEUX, MILIAN, 271. — V. Ascite.
Citrate. — V. Blennorrhagie.
CLAIR. — V. Chique.
CLAISSE. — — V. Actinomycose, Parotidite.
Classification. — V. Dyspepsies.
CLERC. — V. Bleu de méthylène, Rein.
Coagulantes. — V. Tumeurs érectiles.
Cocaïne. — De l'anesthésie par injections intrarachidiennes de C... par DELBET, 657. — Des injections de C... sous l'arachnoïde lombaire par TUFFIER, 40.
Cocons. — V. Dermatite.
Cœur. — Le C... alcoolique, par BLIND, 410. — Artério-sclérose et asystolie irréductible, par MERKLEN, 161. — V. Blennorrhagie. — Contribution à l'étude expérimentale des myocardites, par MOLLARD et REGAUD, 241. — La dilatation aiguë du C... dans les maladies infectieuses, par HENSCHEN, 149. — Les dimensions du C... chez les anémiques, par WYBAUW, 377. — Les dissociations fonctionnelles du C... par SCHATILOFF, 188. — C... et grippe, par HUCHARD et SCHOTT, 377. — Les effets de l'influenza sur le C.. et la circulation, par HUCHARD, SAMSON, 75. — L'insuffisance mitrale fonctionnelle, par WINKLER, 332. — Malformations congénitales multiples du C... d'origine vraisemblablement hérédo-syphilitique, par MONCORVO, 513. — Mensuration de l'aire du C... par les rayons Rœntgen, par BÉCLÈRE, 396. — Morphologie du C... dans le rétrécissement mitral, par LUIGI FERRANNINI, 139. — Plaie du C... Suture du ventricule gauche. Guérison, par FONTAN, 318. — Rectification historique sur les souffles cardiaques anorganiques, par FRIEDREICH, 221. — Traitement des affections congénitales du C... par WEILL 749. — Traitement des cardiopathies infantiles, par WEILL, 681. — Traité clinique des maladies du C... et de l'aorte, par RENAUT, 58. Résultats de l'examen du C... dans les différentes positions par ZEEHUISEN, 713. — Traitement des cardiopathies infantiles compliquées, par WEILL, 714. — Anévrysme du C..., par LEYDEN, 843. — Les battements bucco-pharyngés dans l'insuffisance aortique, par SCHLESINGER, 842. — Malformations congénitales du C..., par DUFLOCQ, 864.
CŒURDEROY. — V. Ostéomyelite.
Col. — V. Utérus.
COLIEZ. — V. Accouchement.
Coliques. — Les C..., par LUKE, 660.
Colite. — Traitement de la C... muco-membraneuse chez l'enfant, par LYON, 379. — Traitement des C... muqueuses et dysentériformes par le sulfate de soude, par AVIRAGNET, 726. — V. Appendicite.
COLLARD. — V. Aorte.
COLLIN. — V. Rage.
Collutoire. — V. Gargarismes.
Collyres. — Les C... liquides, par TROUSSEAU, 113. — V. Esérine.
Colon. — Dilatation congénitale idiopathique du C... par CROZER-GRIFFITH, 427. — C... ascendant : V. Cancer.
Colonne vertébrale. — V. Os.
Colpopérinéoraphie. — V. Prolapsus.
Colporrhaphie. — V. Prolapsus.
Coma. — C... cancéreux, par FRIEDRIK-GRŒN, 78.
COMBES. — V. Morphimanes. Rougeole.
COMBY. — V. Anémie, Laryngite.
Compresse. — V. Intestin.
Compliquées — V. Cœur.
Conduit auditif. — V. Acide chlorhydrique,
Congénitale. — V. Cœur, Colon, Hanche, Hernie, Lymphangiome, Œil.
Congrès. — Le président de la section de médecine militaire du C... de médecine de 1900, par JEAN JACQUES, 298. — V. Déontologie.
Constipation. — Traitement de la C... des nourrissons, par DÆRFLER. 794.
Contagion. — V. Maladies infectieuses, Lèpre, Otite, Tuberculose.
Coqueluche. — Traitement de la C... par l'antitussine, par HEIM, 669.
Cordon. — Doit-on lier le bout placentaire du premier du cordon dans la grossesse gémellaire, par AUBERT, 142.
CORNIL. — V. Leucocythémie. Os.
Corps étrangers. — V. Œsophage.
Corps mous. — V. Vessie.
Corps pituitaire. — V. Acromégalie.
Corps thyroïde. — V. Psoriasis.
Correspondance. — C... par RUDOFF, KREFTING, HUCHARD, THOMAS, 31. — C... par HUCHARD, TREILLE, FIESSINGER, 16.
Coryza. — V. Tuberculeux.
COSTE. — V. Erysipèle.
COTTET. — V. Suppurations
Cou. — V. Tumeur gazeuse.
Couches. — V. Appendicite.
COUDRAY — V. Os.
COUETOUX. — V. Phtisie.
Coups de revolver. — V. Crâne.
COURMONT. — V. Maladies infectieuses.
Courses. — Les C... de Ski au point de vue médical, par HENSCHEN, 237.
COURTADE. — V. Epistaxis, Nasale, Nez, Othématome, Spermatorrhée.
Coxalgie. — Traitement de la C... avant la période d'abcès, par MORESTIN 809. — Traitement de la C... avec abcès, par MORESTIN, 843. — Traitement de la C... fistuleuse, 861.
Craie. — V. Fièvre typhoïde.
Crampe des écrivains. — Deux cas de C... pour servir à l'étude de l'étiologie, par FÉRÉ, 353.
Crâne. — Plaie pénétrante du C... par coup de revolver, Extraction du projectile, Guérison, par MORESTIN, WALTHER, REYNIER. DELENS, MONOD, SCHWARTZ, DELORME, CHAMPIONNIÈRE, TUFFIER, GUINARD, 751. Plaie pénétrante du C.., par coup de feu, par NIMIER, POTHERAT, 768.
Crèches. — V. Fièvre typhoïde.
Créosote. — Des dérivés de la C.. en thérapeutique, par DEGUY, 679.
Crésoforme. — Le C... en thérapeutique, par PETIT, 87.
Crises. — C... gastriques : V. Tabes. — C... testiculaires : V. Filariose.
Cristallisée. — V. Digitaline.
Croissance. — V. Viande.
Croup. — Des soins à donner aux enfants atteints de croup, par DEGUY, 471.
CROZER-GRIFFITH. — V. Colon.
Crue. — V. Huître.
Crurale. — V. Hernie, Kélotomie.
Cryptorchidie. — C... intra-abdominale, par ROUTIER, 447.
CUILLÉ. — V. Rage.
Cuivre. — V. Chlorose.
Curabilité. — V. Méningite.
Cure. — V. Dyspepsie. — C... radicales : V. Hernies. — C... de repos : V, Phtisiques, Syphilis, Tuberculeux.
Curettage. — Le C... dans l'infection utérine post-partum ou post-abortum, par MILHIET, 781.
Cutanée. — V. Actinomycose, Tuberculomes.
CUVILLIER. — V. Oreille.
Cylindrurie. — V. Syphilis.
Cynorrhodon — Les poils du C..., 745.
Cystite. — Traitement de C... tuberculeuse, par DESNOS, 230.
Cytotoxines. — Une voie nouvelle de la médecine : la découverte des poisons cellulaires ou C..., par RENON, 753.

D

Dacryo-adénite. — V. Œil.
DALCHÉ. — V. Ménopause, Tuberculose.
DANLOS. — V. Blennorrhagie, Médication.
DARIER. — V. Œil.
DARTIGUES. — V. Scapulectomie.
DAVOS. — V. Sanatoria.
DEBOVE — V. Obésité.
Dégénérés. — Obsessions et impulsions à l'homicide et au suicide chez les D..., par CARRIER, 187
Dégénérescences. — D... spéciales : V. Moelle.
DEGUY. — V. Abcès. Angine, Créosote, Croup, Hematémèses, Hydrargyre, Pleurésie purulente, Pouls, Rein, Suppuration.
DEJEAN. — V. Rein.
DELANGLADE. — V. Abcès.
DELBET. — V. Appendicite, Asepsie, Cocaïne, Foie, Tumeur gazeuse.
DELEBECQUE. — V. Zona.
DELENS. — V. Crâne.
Délire. — V. Rhumatisme.
DELORE. — V. Uretrostomie périnéale.
DELORME. — V. Crâne, Fractures, Mains, Puits, Rectum.
DELPEUT. — V. Malformations.
DEMELIN. — V. Avortement, Vagin.
DEMETRIO-GALEATI. — V. Opium.
DEMOULIN. — V. Estomac.
Dentition. — De la dentition et de ses accidents, par SEVESTRE, 705.
Déontologie. — Premier Congrès de médecine professionnelle et de D... médicale, 573.
Dérivés. — V. Créosote, Morphine.
Dermatite. — Etiologie de la D... des fileuses de cocons de vers à soie, par VALLIN, 687.
Dermo-phosphato-fibromatose. — V. Peau.
Descendantes. — V. Rein.
Désinfection. — V. Mortalité, Puits, Rougeole, Vagin.
DESNOS. — V. Cystite, Dysurie
Desobstruants. — V. Vomitifs.
DEVÉ. — V. Scarlatine.
Dextrocardie. — D..., par BARBIER, 160.

Digitized by Google

Diabète. — D... bronzé : V, Hemochromatose. — D... insipide, par FR. FRANCK, 496. — Notes sur le D..., par HERRICK, 761. — Recherches sur les échanges nutritifs dans un cas de diabète sucré, par SCHIEDTE, 157.
Diaphragmatique. — V. Hystérie.
Diaphyses. — V. Fractures.
Diarrhée — V. Iode.
Diathèse biliaire. — V. Hépatisme.
Diazo-réaction. — V. Erysipèle.
DIEULAFOY. — V. Cervelet, Pleurésie.
Diffus. — V. Anévrysme, Phlégmon.
Digitale. — Action physiologique et thérapeutique de la D... et ses principes actifs, par LAUDER-BRUNTON, 554. — D... et théobromine, par HUCHARD, 273.
Digitaline. — De l'emploi de la D... cristallisée dans la grippe et la pneumonie, par FIESSINGER, 531.
Dilatation. — V. Cœur, Colon, Intestin.
Diphtérie. — V. Angine, Brûlure, Hématèse. — Remarques sur 1778 cas de D..., par RICHARDIÈRE, 622. — Les vomissements dans la D..., par ROLLESTON, 409.
Dissociations. — D... fonctionnelles : V. Cœur.
DOLÉRIS. — V. Fièvre.
DŒRFLER. — V. Constipation.
Dothiénenthérie. — D... apyrétique, par ETIENNE, 96.
Douleurs. — V. Anévrysmes.
Dourine. — De la D... du cheval, par NOCARD, 527.
Douteux. — Le service des D... à l'Hopital des Enfants-Malades, par MOIZARD, 396.
DRASCHE. — V. Embolie.
DROBA. — V. Lithiase biliaire.
DUBREUILH. — V. Eczéma.
DUBUJADOUX. — V. Phlegmon.
DUFOUR. — V. Ictère, Intoxication, Peau.
Dure-mère. — V. Sinus.
DURRIEUX. — V. Etudiants.
Dysenterie. — D... hypertoxique, par QUELMÉ, 818.
Dysentériformes. — V. Coliques.
Dysentériques. — V. Foie.
Dyspepsies. — De la cure sulfatée sodique dans le traitement des D..., par MANQUAT, 612. — Y a-t-il une D... salivaire ? par ROBIN (G.), 666. — Valeur restreinte de la classification et des théories pathogéniques pour le traitement des D..., par LE GENDRE, 408.
Dyspeptiques. — Phosphaturie des D..., Émissions d'urine laiteuse, par ROBIN, 829.
Dysurie. — Influence de la résection des veines spermatiques sur la D... des prostatiques, par DESNOS, 440.

E

Eaux minérales. — Voyage d'études aux E... par CARRON DE LA CARRIÈRE, 398. — V. Cardiaques.
Eau oxygénée. — V. Septicémie.
Eau potable à Paris, 795.
Eau salée. — Les injections sous-cutanées d'E... chez l'enfant, par RAMES, 198.
Eberthienne. — V. Lithiase biliaire.
Echanges nutritifs. — V. Diabète, Maladie de Basedow.
Eclamptiques. — De l'excrétion urinaire chez les E... par BAR, 217.
Ecoles. — V. Pelades.
Economie — V. Arsenic.
Ectasies. — V. Poumon.
Ectopie. — V. Testicule.
Eczéma. — E... hyperkératosique interdigital, par DUBREUILH, 236. — L'origine parasitaire des E... par BROCQ et VEILLON, 545. — Traitement de l'E... chez les enfants, par ALLEN, 826.
Einhorn. — — V. Estomac.
Electrolyse. — V. Angiomes.
Electrisation. — Recherches sur l'E... crânienne et cérébrale par FRANK et MENDELSOHN, 62.
Elimination. — V. Bleu de méthylène, Sucre.
Elixir. — Une vieille formule de l'E... de Stoughton, par LIÉGEOIS, 70.
Embolie. — L'E... aérienne en obstétrique, par HÜBL, 685. — L'E... de l'artère pulmonaire, par DRASCHE, 748. — E... pulmonaire et poussées phlébitiques tardives, par MERKLEN, 755. — V. Phlébites. — E... graisseuse, par FORGUES, 838.
Emplâtre. — V. Syphilis.
Empoisonnement. — Les E... alimentaires dans l'armée, 25. — V. Aniline, Champignons, Vanille.
Emulsion. — V. Huile de foie de morue.
Encéphalite. — E... suppurée tuberculeuse autour d'un tuberculome, par KATZ, 788.
Enchondrome. — E... de l'omoplate, par SCHWARTZ, 496.
Endocardite. — L'E... au cours des amygdalites, par PACKART, 713.
Enfance. — V. Maladies infectieuses, Opium, Polyarthrite.
Enfants. — — V. Bronchites, Céphalalgie, Colite, Croup, Eau salée, Eczéma, Fièvre typhoïde, Foie, Gaz, Hernie, Iode, Pleurésie, Pneumonie, Intestin, Rage, Rhinite, Rhumatisme, Sucre, Syphilis, Tuberculose pulmonaire.
Enkystée. — V. Péritonite.
ENRIQUEZ. — V. Mélanodermies.
Entérocolite. — Traitement de l'E... muco-membraneuse chez l'adulte, par LYON, 248.
Entérocoque. — V. Choléra.
Entérorrhagies. — Les E... consécutives à l'étranglement herniaire, par KUKULA, 282.
Enucléation. — V. Œil.
Epanchement. — V. Plèvre, Poumon.
Epaule. — V. Massage.
Epidémie. — V. Grippe, Peste.
Epididymite. — E... blennorrhagique et son traitement, par le stypage, par ROGER, 794.
Epilation — E... par les rayons de Rœntgen, par NEVILLE, Wood, 315.
Epilepsie — La médication bromurée dans l'E... par MAURICE DE FLEURY, 249. — Traitement de l'E... par les bromures et l'hypochloruration, par TOULOUSE, 63.
Epiploïtes. — V. Appendicite.
Epistaxis. — E... et hémoptysies névropathiques, par LANCEREAUX, 591. — Traitement de l'E..., par COURTADE, 313.
Epitheliomas. — La méthode de Cerny-Truneck contre les E... par LAMOTTE, 284. — E... muqueux : V. Cacodylate.
Erratum. — 432, 832.
Eruptions cutanées. — V. Néphrites.
Erysimum. — L'E... par BRISSEMORET, 346.
Erysipèle. — La diazo-réaction dans l'E... par COSTE, 155.
Erythème scarlatiniforme. — V. Intoxication.
ESCHERICH. — V. Muguet.
Eserine. — Ivresse par les collyres à l'E..., par ROUBINOVITCH, 79.
Estomac. — E... biloculaire, par GUILLEMOT, 172. — Gastrite aiguë ulcéreuse et ses rapports avec la maladie de Cruveilher, par GOT, 171. — Gastrorrhée et gastro-entérostomie, par STOLTZ, 90. — Hypopepsie, Guérison par l'usage du suc gastrique animal, par LAUNOIS, 79. — L'E... du nourrisson, par BORIE, 78. — L'opothérapie gastrique au moyen du suc gastrique de chien et estomac isolé, par LEGENDRE, 95. — Plaie de l'E... et de la rate par balle de revolver ; laparotomie. Guérison, par DEMOULIN, ROCHARD, MICHAUX, 192. — Mécanisme de la résorption et de la sécrétion de l'E... humain, par VON MERING, ROTH, STRAUSS, 11. — La sécrétion de la pepsine dans les maladies de l'E... par ROTH, 762. — Sténose syphilitique de l'E... par EINHORN, 427.
ESTOR. — V. Utérus.
Etain. — V. 694.
Etat saburral. — V. Vomitifs.
Etats urémiques. — V. Rein.
Ether. — Emploi de l'E... en dehors de l'anesthésie, par POUCHET, 27. — L'E... dans les Hernies étranglées, par FIESSINGER, 786 — V. Hernie étranglée.
ETIENNE. — V. Dothiénentérie.
Etiologie. — V. Gastro-entérites.
Etranglement herniaire. — V. Entérorrhagie.
Etudiants. — Les E... en médecine sous le Grand Roi, par FAUVELLE, DURRIEUX, 623.
Evacuation. — V. Trouble.
Examen. — V. Cœur
Excision. — V. Rectum.
Excrétion urinaire — V. Eclamptiques.
Expression. — V. Fœtus.
Extirpation. — V. Hémorrhoïdes, Utérus.
EWALD. — V. Auto-intoxication.

F

Faim. — Quelques modalités des perversions de la F... par MATHIEU, 228.
FAISANS. — V. Aspirine, Levure de bière.
FARGIN. — V. Vaccin.
FAURE. — V. Hystérectomie.
FAUVELLE. — V. Etudiants.
FEDERN. — V. Hypotension.
Femmes enceintes. — V. Végétations.
Fémur. — V. Ostéomyélites.
FENGER. — V. Rein.
Fer. — Le cacodylate de F... par GILBERT et LEREBOULLET, 565. — V. Chlorose.
FÉRÉ. — V. Crampes des écrivains.
Ferments. — V. Lait.
Fermentation. — V. Intestin.
FERNET. — V. Alcoolisme, Grippe, Ostéo-arthrite, Plèvre.
FERNIQUE. — V. Moelle.
Fesse. — V. Ostéome.
FÉVRIER. — V. Utérus.
Fibromes. — V. Hystérectomie. — F... utérins : V. Kyste, Utérus.
Fibrose — V. Myocarde
Femoro-cutané. — V. Rein.
FIESSINGER. — V. Anurie, Correspondance, Digitaline, Ether, Fièvre typhoïde, Hernie étranglée, Saturnisme, Science.
Fièvre. — L'étiologie et la nature de la F... puerpérale, par MENGE et KRONIG, DOLERIS, PESTALOZZA. — F... bilieuse hématurique mortelle avec hématozoaires dans les tissus, par QUENNEC, 395. — F... intermittente : V. Alimentaire. — F... pernicieuse dysentérique, par LAVERAN, KANELLIS, CARDAMATIS, 46. — Traitement de la F... hémoglobinurique, par MOUSSEOS, 410. — V. Aspirine.
Fièvre typhoïde. — Les bains froids dans la F... typhoïde des enfants, par GLÉNARD, 186. — La balnéation dans le traitement de la F... typhoïde chez les enfants, par AUSSET, 114. — F... typhoïde consécutive à la grippe, par POTAIN, 410 ; MENSTRIER, WIDAL, LEGENDRE, 412. — Sur un facteur possible de la gravité de la F... typhoïde de l'adulte : le séjour dans les crèches et leur voisinage, par RENON, 720. — La F... typhoïde et les sources de la craie, par THOINOT, 222. — Sur un mode de transmission de la F... par YNGVAR USTVEDT, 714. — Transmission de la F... par les huîtres, par CHANTEMESSE, 462. — Troubles de la parole et de mobilité dans la convalescence de la F... par SIREDEY, 882. — Les rechutes et les récidives de la F..., par FIESSINGER, 850. — V. Arythmie, Œsophage, Levure de bière, Peau.
Filariose. — Des crises testiculaires dans la F... par RENON, 207.
Fileuses. — V. Dermatite.
Filaire. — Les migrations de la F... du sang, par BLANCHARD, PATRICK MANSON, 866.

Digitized by Google

FIRMIN. — V. Ichthyose.
Fistule. — V. Rein. — F... sous-ombilicale : V. Intestin. — Des F... vésico-intestinales, par PASCAL, 693. — F... vésico-vaginales, par RICARD, SCHWARTZ, 687.
Fistuleuse. — V. Coxalgie.
Fœtale. — V. Ichthyose.
Fœtus. — L'expression du F.., par la paroi abdominale, par KEIM, 827.
Foie. — Abcès du F... d'origine appendiculaire, par LOISON, 64. — Abcès du F... par CHAMPIONNIÈRE, 78. — Sur les abcès dysentériques du F... par KELSCH et NIMIKR, 173. — Traitement chirurgical des abcès du F... par SCHWARTZ, 773. — Cirrhose alcoolique avec gros F... chez un enfant tuberculeux, par LACAZE, 127. — Les hémorrhagies post-opératoires chez les hépatiques, par GÉRAUD, 278. — Traitement des kystes hydatiques du F..., par POTHERAT, 64 : par SCHWARTZ, 160, 320. - La saignée du F... Son application au traitement des hépatites aiguës, par REMLINGER, 659. — Suture sans drainage des kystes hydatiques du F..., par DELBET, 30. — Le F... dans la gastro-entérite des nourrissons, par TERRIEN, 841.
Fonctionnelle. V. Cœur.
Fonctions. — V. Rein.
FONTAN. — V. Cœur.
FORGUES. — V. Embolie.
Formes. — V. Tuberculose. — F... clinique : V. Syndrome de Reichmann. — F... anormales : V. Tabes.
Formule. — V. Maladies infectieuses, Répertoire.
FOURNIER. — V. Gommes, Hérédité, Lésions, Syphilis.
FOURNIER (L.). — V. Cirrhose, Lithiase.
Fractures. — Sur le traitement des F..., par REYNIER, KIRMISSON, 175.—F... de l'atlas, Guérison, par PICQUÉ, BILLOT, 64. — F.., du calcaneum par HUE, 768. — A propos des déformations du cal dans les F..., observées par la radiographie, par CHAMPIONNIÈRE, 31. — Traitement des F... des diaphyses, par DELORME, 223. — Traitement des F... du maxillaire inférieur, par MARTIN, 763. — F... et radiographie, par HENNEQUIN, 160. — Médication thyroïdienne dans les F.., par POTHERAT, 46. — V. Thyroïdine. — Quelles sont les F... qui peuvent être traitées sans appareil inamovible par le massage et la mobilisation. Résultats de ce traitement, par CHAMPIONNIÈRE, 605.
Fragmentation. — V. Myocarde.
FRAIKIN. — V. Ovarite.
FRANK. — V. Electrisation, Diabète.
FREDRIK-GRAN. — V. Coma.
FREMONT. — V. Acide chlorhydrique, Estomac.
FRIEDREICH. — V. Cœur.
FRŒLICH. — V. Choréa mineur.

G

Galactorrhée. — De la G..., par BIDAULT, 76.
GAILLARD. — V. Choléra, Hydarthrose, Paupières, Pleurésie, Tuberculose.
Gangrène. — G... herniaire, par REYNIER, BUFFET, 64. — G... phéniquée, par HARRINGTON, 730. — V. Peau.
GAREL. — V. Persodine.
Gargarisme. — G... et collutoires, par LEMANSKI, 474.
GARIN. — V. Occlusion.
Gastérine. — V. Estomac.
Gastrite. — V. Estomac.
Gastro-entérites. — L'étiologie et la pathogénie des G... des nourrissons, par MARFAN, 654. — V. Glycosurie, Foie.
Gastro-entrostomie. — V. Estomac.
Gastrorrhée. — V. Estomac.
Gastrostomie. — G..., par POIRIER, 364.
GAUTIER. — V. Arsenic, Médication, Viande.
Gaz. — Les G... des ballons d'enfants, par VALLIN, BOUCHARDAT, 592.
GEFFROY. — V. Myélite.
Gélatine. — V. Anévrysme.
Gélatineux. — V. Serum.
Genou. — V. Tuberculose.
GEORGHIU. — V. Infection.
GÉRARD-MARCHANT. — V. Anévrysme; Appendicite, Rectum.
GÉRAUD. — V. Foie.
GERBOUD. — V. Opération césarienne.
Gerodermie. — G... génitale : V. Sénilisme.
Gestation. — V. Appendicite.
GIERSTEIN. — V. Massage.
GILBERT. — V. Angiocholite, Cirrhose, Fer, Ictère, Lithiase, Nephrite, Somnolence.
GILLET. — V. Albuminurie, Bronchite, Opium, Paralysie infantile, Pneumonie, Syphilis.
Génito-urinaire. — V. Hematuries.
GIROU. — V. Kystes.
Glandes. — V. Saturnin. — G... sous-maxillaires : V. Nouveau-né.
GLÉNARD. — V. Fièvre typhoïde, Hépatisme.
Glycosurie. — La G... alimentaire dans la gastro-entérite des nouveau-nés, par TERRIEN, 655.
Goître. — De la répartition du G... en France, par PONCET et MAYET, 412. — G.., exophtalmique : V. Myxœdème. — Nature et traitement du G.., exophtalmique, par HUCHARD, 857.
GOLOUPININE. — V. Anévrysmes.
Gommes. — Des G... du voile du palais, par FOURNIER, 369.
Gonflement. — V. Saturnin.
GOSSET. — V. Rein.
GOT. — V. Estomac.
GOTTHEIL. — V. Pityriasis.
GOZZI. — V. Tuberculome.
Graisseuse. — V. Embolie.
GRAM. — V. Chorée.
GRANCHER. — V. Mortalité, Rougeole, Service.
Gravide. — V. Utérus.
Gravité. — V. Fièvre typhoïde.
Grippe. — Bactériologie de la G..., par ROSENTHAL, 667. — V. Cœur, Digitaline. — Coup d'œil rétrospectif sur l'épidémie de G..., par BRETON, 467. — V. Fièvre typhoïde. — Formes atténuées de la G..., et principes de traitement, par HUCHARD, 145. — Quelques renseignements sur la G..., par ALISON, 170. — Sur le traitement de la G..., par FERNET, 191.
GRIMPRET. - V. Pilocarpine.
GRORICHARD. — V. Syphilis.
GROSJEAN. — V. Avortement.
Grossesse. — V. Appendicite, Avortement, Cordon. — G... ectopique : V. Ovaire. — G... tubaire, par MALAPERT, 144. — Tuberculose et G..., par MILHIET, 351. — V. Utérus. — De la G... triple, par BOISSARD, 849.
GUÉNIOT. — V. Hystérectomie, Œil.
Guérison. — V. Myopie.
GUIATA. — V. Hemoglobinurie.
GUIARD. — V. Ascaris-lombricoïdes.
GUIBERT. — V. Mercure.
GUILBART. — V. Angiomes.
GUILLAUMIN. — V. Persodine.
GUILLEMIN. — V. Chlocystite.
GUILLEMOT. — V. Estomac.
GUILLOIS. — V. Plaies.
GUIMBAIL. — V. Rachitisme.
GUINARD. — V. Asepsie, Calculs, Crâne, Thyroïdine, Tumeur gazeuse.
Gynécologie. — V. Serum.

H

HALLET. — V. Hernies.
HALIPRÉ. — V Calculs.
HALLOPEAU. — V. Chancre, Icthyose, Tuberculides.
Hanche. — Traitement de la luxation congénitale de la H.. , par KIRMISSON, LORENZ 650.
HARRINGTON. — V. Gangrène.
HARRISON. — V. Urèthre.
HARTMANN. — V. Amyotrophies, Pylorectomie.
HAYEM. — V. Anévrysme, Leucocytémie, Médication, Saignée, Suc gastrique.
HEIM. — V. Coqueluche.
HELOIN. — V. Anthelmintiques, Bromoforme.
Hematémèses — Les H... dans la diphtérie, par DEGUY, 341.
Hematolysine. — De l'H... humaine, par METCHNIKOFF, 382.
Hematozoaires. — V. Fièvre bilieuse hématurique.
Hématuries. — Hémorrhagies nevropatiques des organes génito-urinaires, H..., par LANCEREAUX, 572.
Hémiplégie. — Le diagnostic de l'H... organique et de l'H.. hystérique, par ROTH, 649. — Diagnostic différenciel entre l'H... organique et l'H .. hystérique, par BABINSKI, 746. — V. Syphilis.
Hemo-bronchite. — V. Bronchite.
Hemochromatose. — H... et diabète bronzé, par ANSCHUTZ, OPIE, 360.
Hemoglobinurie. — H... d'origine palustre, par RENDU, 720. — L'H... paroxystique et la syphilis héréditaire, par GUITA et VALVASSORI-PERONI, 443.
Hemoglobinurique. — V. Fièvre pernicieuse.
Hemoleucocytaires. — V. Maladies infectieuses.
Hemoptysies. — V. LANCEREAUX.
Hémorrhagies. — V. Foie. — H... nevropathiques des voies digestives, par LANCEREAUX, 832. — V. Quinine.
Hémorrhagique. — V. Bronches, Rein.
Hémorrhoïdes. — Procédé nouveau d'extirpation des H..., par POTHERAT, 479.
Hennequin. — V. Fractures.
HENSCHEN. — V. Cœur, Courses, Tachycardie.
Hépatisme. — H... et diathèse biliaire, par GLENARD. 768.
Hépatiques. — V. Foie.
Hépatites. — V. Foie.
Héréditaire. — V. Testicule.
Hérédité. — H... syphilitique de seconde génération, par FOURNIER, 559.
Hérédo-familiales. — V. Maladies nerveuses.
Hérédo-syphilitique — V. Cœur.
HÉRICOURT. — V. Zomothérapie.
Hernies. — Des résultats éloignés de la cure radicale des H... inguinales et crurales par le procédé de myoplastie, par SCHWARTZ, 559. — Cure radicale de la H... ombilicale chez les enfants nègres du Sahara, par BERGER, HUGUET, 702. — V. Ether. — H... inguinales, par CHAMPIONNIÈRE, 410. — Des H... ombilicales congénitales, par HALLET, 750. — H.. compliquées : V. Kelotomie. — Les compresses locales d'éther dans la H... étranglée, par FIESSINGER, 39. — Traitement de la H... étranglée par les applications de compresses d'éther, par FIESSINGER. 733.
HERRICK. — V. Diabète.
HERVIEUX. — V. Vaccin, Variole.
Hétéradelphe. — V. Monstre.
HEUBNER. — V. Allaitement.
HIRTZ. — V. Otite, Thrombophlébites.
HOLTZ. — V. Rein.
Homicide. — V. Dégénérés.
Hôpital Boucicaut — V. Tuberculeux.
HOUDÉ. — V. Hydrocèle vaginale.
HOWARD-MORROV. — V. Myxœdème.
HUBL. — V. Embolie.
HUCHARD. — V. Anévrysmes, Arythmie, Bronchite sèche, Champignons, Cœur, Correspondance, Digitale. — Discours à la Société de thérapeutique, 46. — V. Eaux minérales, Goître exophtalmique, Grippe, Hystérie, Lé-

Digitized by Google

gion d'honneur, Pneumonie, Poumon, Quinine, Tabès, Uricemiques.
HUE. — V. Fracture.
HUGUET. — V. Hernie.
Huile de cade. — V. Psoriasis.
Huile de foie de morue. — Emulsion d'H..., par BRISSEMORET, 376. — Sur l'H... phosphorée, 251 — Associations médicamenteuses de l'H..., 140.
Huître. — L'H... crue, 456. — V. Fièvre typhoïde
Hydatique. — V. Intoxication.
Hydarthrose. — H... chronique des petites jointures, par GALLIARD, 191.
Hydrargyre. — Antisepsie pratique et emploi de l'oxycyanure d'hydrargyre, par DEGUY, 707.
Hydrocèle. — Traitement chirurgical de l'H... vaginale, par HOUDÉ, 235.
Hygroma. — De l'H..: sous-deltoïdien, par MORNAC, 204.
Hyperchlorhydrie. — L'H... et son traitement, par LINOSSIER, 817.
Hypersplenomégalique. — V. Cirrhose.
Hypertension artérielle. — L'H..., par FEDERN, BLIND, 362. — V. Pneumonie.
Hypertoxique. — V. Dysenterie.
Hypertrophie. — V. Prostate.
Hypertrophique. — V. Cirrhose.
Hypochloruration. — V. Epilepsie.
Hypopesie. — V. Estomac.
Hysterectomie. — Sur l'H.. abdominale supra-vaginale pour gros fibromes utérins, par JOUANY, GUÉNIOT, 26. — Sur la technique de l'H... abdominale totale dans les suppurations annexielles, par FAURE, 17. — V. Infection puerpérale.
Hystérie. — Inertie diaphragmatique des hystériques, par HUCHARD, 6.
Hystérique. — V. Hémiplégie, Mennorrhagies, Scapulalgie.

I

IAROSLAW-BUKOWSKI. — V. Ulcères.
Ictère. — V. Acholurique. — Des I... acholuriques simples, par GILBERT et P. LEREBOULLET, 750. — I... au cours d'une infection grippale à forme pulmonaire, par DUFOUR, 154.
Ictérique. — V. Somnolence.
Icthyose. — De l'I... par HALLOPEAU et LEREDDE, 34. — De l'I... fœtale, par FIRMIN, 671.
Idiopathique. — V. Colon, Paupières.
Ileo-coecale. — V. Intestin.
Ileocolique. — V. Invagination.
Ileo-lombaire. — V. Rein.
Ileo-sigmoïde. — V. Cancer.
Ileo-typhlite. — V. Intestin.
Iliaque externe. — V. Anévrysme.
Ille et Vilaine. — V. Tuberculose.
IMBERT. — V. Péritonite.
Immigrés. — V. Tuberculose.
Immobilisation. — V. Phlébites.
Impulsions. — V. Dégénérés.
Inauguration. — I... du nouvel amphithéâtre Laënnec à l'hôpital Necker, 848.
Incompatibilité. — I... du phosphore et de l'arsenic en thérapeutique, par TISON, 649.
Inconscients. — V. Accouchements.
Incubation. — V. Maladies infectieuses.
Indications. — V. Saignée.
Inertie. — V. Hystérie.
Infantiles. — V. Cœur.
Infarctus pulmonaires. — V. Pleurésie.
Infectées. — V. Plaie.
Infectieuses. — V. Saignée.
Infection — Les I... adénoïdiennes (ou spéléopathiques), par GALLOIS, 633. — V. Appendicite, Blennorrhagie. — I... générale : V. Rein. — I... grippale : V. Ictère. — I... intra-crânienne : V. Oreille. — V. Nouveau-nés, Ombilic. — De l'hystérectomie dans l'I... puerperale, par BONAMY, 476. — Traitement de l'I... puerpérale, par GEORGHIU, MILHIET, 459. — I... utérine : V. Curettage.
Inflammatoire. — V. Acné.
Influenza. — V. Cœur.
Ingestion. — V. Calculs, Mollusques.
Inguinale. — V. Hernie, Kélotomie, Testicules.
Injections. — V. Cocaïne, Eau salée, Tumeurs érectiles, Utérus.
Insertion vicieuse. V. Placenta.
Insipide. — V. Diabète.
Instructions. — V. Maladies vénériennes.
Insuffisance. — I... mitrale : V. Cœur. — I.. aortique : V. Cœur.
Interdigitale. — V. Eczéma.
Interlobaire. — V. Pleurésie.
Intermittente — V. Albuminurie.
Intervention. — V. Rein.
Intestin. — La dilatation idiopathique du gros I... chez l'enfant, par JOHANNSSEN, 268. — Les fermentations intestinales, par CALLOMON, BASCH, 156. — V. Syphilis, Thrombophlébites. — Ileotyphlite hypertrophique simulant une tumeur de la région ileo-coecale, ni néoplasme, ni tuberculose. Resection ileo-coecale. Guérison, par SCHWARTZ, 606. — Anus contre nature dans une cavité suppurante intrapelvienne consécutive à une hystérectomie abdominale. Issue des matières par une large fistule sous ombilicale et par le vagin. Laparotomie, résection intestinale, par MORESTIN, 689. — I . grêle : V. Péritonite, — Compresse de gaze oubliée dans le ventre et passée dans l'I..., par CHAPUT, 846.
Intestinale. — V. Occlusion, Syphilis.
Intestinaux — V. Calculs.
Intoxication. — Lésions hépathiques et rénale dans un cas d'I... alimentaire, par PAPILLON, 144. — I... d'origine alimentaire avec erythème scarlatiniforme et fièvre intermittente, par RENDU, 15. — V. Chlore. — I... hydatique mortelle, par DUFOUR, 832. — A propos de l'I .. hydatique, par LINOSSIER, 845. — V. Mollusques. — I... par le naphtol camphré, par SIDING-LARSEN, 712. — I... saturnine par l'eau d'une pompe, par LEMAISTRE, 430.
Intra-abdominale. — V. Cryptorchidie.
Intra-rachidienne. — V. Cocaïne.
Intra-uterin. — V. Avortement, Sérum, Utérus.
Invagination. — I... ileo colique, par KIRMISSON, 255. — Occlusion intestinale par I..., par MICHAUX, AUVRAY, 463.
Iode. — Teinture d'I... comme antiseptique dans la diarrhée des enfants, par CATTANEO, 139.
Iodure d'éthyle. — I..., par POUCHET, 92.
Irrégulier. — V. Pouls.
Irrigation. — V. Nasale, Nez.
Isolement. — V. Tuberculeux.

J

JACOBI. — V. Allaitement.
JALAGUIER. — V. Appendicite.
Jambe. — V. Ulcères.
Japon. — V. Peste.
JEANNE. — V. Appendicite.
JEAN-JACQUES. — V. Congrès, Empoisonnements, Varicocèle.
JEMMA. — V. Lait.
JOHANNESEN. — V. Allaitement, Intestin.
Jointures. — V. Hydarthrose.
JOLY. — V. Chique.
JOSUÉ. — V. Thrombophlébite.
JOUANY. — V. Hystérectomie.
Joue. — Cancer de la J..., par MORESTIN, 561.
JURGENSEN. — V. Alimentation.

K

Kabylie. — V. Vaccin.
KANELLIS. — Fièvre pernicieuse.
KAMINSKI. — V. Pneumonie.
KEIM. — V. Fœtus.
KELSCH. — V. Foie, Rougeole.
Kélotomie. — La K... inguinale simple, par MILHIET, 140. — La K... crurale simple, par MILHIET, 185. — La K... ombilicale simple, par MILHIET, 262. — La K... dans les hernies étranglées compliquées, par MILHIET, 372.
KIRMISSON. — V. Appendicite, Fractures, Hanche, Invagination.
KITASATO. — V. Peste
KISSEL. — V. Plèvre.
KJELLBERG. — V. Panniculite.
KLIPPEL. — V. Nœvus.
KNOP. — V. Tuberculeux.
KOBNER. — V. Ulcérations mercurielles.
KRONIG — V. Fièvre.
KUKULA. — V. Enterorrhagie.
KUMMEL. — Vaisseaux.
KURT. — V. Muguet.
KUSTER. — V. Rein.
Kyste. — K... dermoïde : V. Orbite. — K... hydatiques : V. Abdomen, Foie. — K... hydatiques multiloculaires (Alveolaires) de la plèvre et du poumon droits, par RENON, 302. — K... du ligament large et fibrome utérin, par MONOD, GIROUD, 384.

L

LAACHE. — V. Poumon.
LABBÉ (M.). — V. Adenopathie, Tuberculose.
LABORDE. — V. Antisepsie, Respiration, Vacher.
Labyrinthite. — Traitement des L..., par BOULAY, 678.
LACAZE. — V. Foie.
LACROIX. — V. Antisepsie.
Lactescente. — V. Ascite.
Ladrerie. — L... humaine avec eosinophilie, par ACHARD et LŒPER, 510.
LAFFORGUE. — V. Variole
LAGRANGE. — V. Orbite.
Lait. — De l'alimentation des nouveau-nés par le L... de chèvre, par BOISSARD, 337 ; par GANNAT, 376. — Les ferments de la caséine dans le L... stérilisé, par JEMMA, 186. — La maternisation du L..., par EURY, 92.
LAMARD. — V. Vessie.
LAMBRANZI. — V. Senilisme.
LAMY. — V. Migraine.
LANCEREAUX. — V. Anévrysmes, Epistaxis, Hemorrhagies, Hematuries.
LAMOTTE. — V. Epithelioma.
LANDOUZY. — V. Aniline.
LANDRIEUX. — V. Ascite, Cirrhose.
Langue. — L'ulcération tuberculeuse de la L..., par MORESTIN, 225.
LANNELONGUE. — V. Monstre.
Laparotomie. — V. Utérus.
Lapidaire. — V. Saturnisme.
LAQUEUR. — V. Vaccine.
LAROCHE. — V. Péritonite.
Laryngite. — La L... striduleuse, par COMBY, 225.
LATOUCHE. — V. Lipome.
LATRON. — V. Aspirine, Chlore, Plèvre, Saturnin.
LAUDER-BRUNTON. — V. Digitale.
LAUNOIS — V. Calculs, Orchite, Suc gastrique.
LAVERAN — V. Fièvre pernicieuse, Paludique.
LAZEAR. — V. Blennorrhagie.
LEBEUF. — V. Maladie de Little.
LE BIGOT. — V. Chancre syphilitique.
LECACHEUR. — V. Utérus.
LECŒUR. — V. Oxaturie.
LE DENTU. — V. Anévrysmes, Tumeurs érectiles.
LEFER. — V. Végétations.
LEGENDRE. — V. Brûlures, Dyspepsie, Estomac, Fièvre typhoïde.

Digitized by Google

Légion d'honneur. — Les dernières promotions dans la L..., par HUCHARD, 176.
LEGROUX. — V Péritonite.
LEGUEU. — V. Prostate, Rein, Urètre.
LEJARS. — V. Asepsie, Cholecystostomie, Lithiase, Plaies.
LEMAISTRE. V. Intoxication, Rage.
LEMANSKI. — V. Gargarismes.
LENOIR. — V. Actinomycose.
Lent. — V. Pouls.
LENZEMANN. — V. Anévrysme.
Lèpre. — La L... envisagée au double point de vue de la contagion et du traitement, par SAUTON, 581.
LEREDDE. — V. Chancre, Icthyose, Tuberculides.
LERMOYEZ. — V. Affections.
LEROY. — V. Blennorrhagie.
LEREBOULLET (P.). — V. Angiocholites, Fer, Ictère, Melanodermie, Néphrites, Syphilis.
LEROUX. — V. Pneumocoques.
LESAGE. — V. Nourrissons, Rougeole.
Lésions. — L... hemisphériques : V. Moelle. — L... hépatiques : V. Intoxication alimentaire. — V. Os. — L. . pathologiques datant du temps des Pharaons, par ZAMBACO, FOURNIER, 461. — L... rénales : V. Intoxication alimentaire.
LESNÉ. — V. Plèvre.
LETULLE. — V. Angine, Tuberculeux.
Leucocythémie. — L..., par CORNIL, 750. — V. HAYEM.
Levure de bière. — Emploi de la L... dans quelques maladies infectieuses, notamment dans la fièvre typhoïde, par FAISANS, 384. — V. Pneumonie.
LEYDEN. — V. Cœur.
LIÉGEOIS. — V. Chlorose, Elixir, Migraine, Quinine, Scrofule, Teigneux. Vomitifs.
Ligament. — L... large : V. Kyste. — L... rond : V. Prolapsus.
Ligature. — V. Anévrysme.
LINOSSIER. — V. Hyperchlorhydrie, Intoxication, Médication.
LION. — V. Anévrysme.
Lipome. — L... du mésentère, par LATOUCHE, 672.
Liqueur. — V. Teigneux.
Lithiase. — L... biliaire d'origne éberthienne, par DROBA, 90. — L... biliaire, cholédocotomie, par LEJARS, SIERRA, 672. — V. Puerperalité, Rein. — Le traitement de la L... biliaire, par GILBERT et L. FOURNIER. 622. — L... rénale : V. Anurie.
LŒFLER. — V. Rhinite
LŒPER. — V. Albuminurie, Ladrerie.
LOISON. — V. Foie, Fractures, Péritonite.
LONGUET. — V. Tuberculose génitale.
LOMBARD. — V. Oreille.
LORENZ. — V. Hanche.
LOWETT. — V. Os.
LUC. — V. Oreille.
LUFF. — V. Rhumatisme.
LUKE. — V. Coliques.
LUIGI-FERRANNINI. — V. Cœur.
LUTAUD. — V. Utérus.
Luxation. — V. Hanche.
LUYS. — V. Sinus.
Lymphangiôme. — L... congénital, par TERRIER, 80.
Lymphangite — Traitement de la L..., par SCHWARTZ, 314.
Lymphatiques. — Les L... de la vessie et de la prostate, par PASTEAU, 40.
LYON (G.). — V. Enterocolite.

M

MAC-CALLUM. — V. Myocarde.
Macrocéphale. — V. Monstre.
Madagascar. — V. Chique, Variole.
Magnésie calcinée. — V. Calculs.
MAGNUS. — V. Maladies nerveuses.
MAHU. — V Affections.
Mains. — V. Asepsie. — La stérilisation des M..., par DELBET, REYNIER, 397.
Maladie. — M... d'Addison à évolution suraiguë, par MÉNETRIER, OPPENHEIM, 239. — Recherches sur les échanges nutritifs dans la M... de Basedow, par SCHIŒDTE, 286. — M... de Cruveilhier : V. Estomac. — M... infectieuses : V. Cœur. Levure de bière. — Contagion et incubation des M... infectieuses de l'enfance, par SEVESTRE, 257. — La formule hémo-leucocytaire dans quelques M... infectieuses, par COURMONT et BARBAROUX, MONTAGARD, WEILL, 766. — Température, éclairement et M..., par RUHMAN, 860. — Traitement de la M... de Little, par LEBŒUF, ROUX, 696. — M... nerveuses hérédo-familiales, par MAGNUS, 188. — Causes et traitement de la M... de Ménière, par MOLL, 655. — La tension artérielle dans les M... mentales, par PILCZ, 697. — Instructions contre les M.. vénérienne, par A. RENAULT, 366, 463. — Un cas de M... de Werlhof, par MILIAN, 239.
MALAPERT. — V. Grossesse.
Mal de Pott. — Traitement du M... sous-occipital. 184.
Malformations. — V. Cœur. — Des M .. d'origine congénitale par arrêt de développement de l'amnios, par DELPEUT, 715.
MALLY. — V. Amyotrophies.
MANQUAT. — V. Dyspepsies.
MARAIS. — V. Rhumatisme.
MARFAN. — V. Gastro-entérites, Paralysie.
MARIE. — V. Pneumonie.
Mariage. — V. Science.
MARTIN. — V. Fractures.
MARTIUS. — V. Tachycardie.
Massage. — V. Fractures.
Mastoïdites. — Traitement des M... 167.
Maternisation. — V. Lait.
MATHIEU. — V. Faim, Syndrome de Reichmann.
MATZENAUER. — V. Pourriture d'hôpital.
MAURICE DE FLEURY. — V. Epilepsie.
MAUCLAIRE. — V. Prolapsus, Tétanos.
Maxillaire inférieur. — V. Fractures.
MAYET. — V. Goitre.
Médecine. — V. Etudiants. — M... professionnelle : V. Déontologie.
Médecin. — V. Sanatoria.
Médication. — M... bromurée : V. Epilepsie. — Sur la M... cacodylique, par GAUTIER, 165 ; par GAUTIER DANLOS, WIDAL, MERKLEN, HAYEM, RENDU, BARTH, 174. — M... cacodylique : V. Tuberculose, — La M... chlorhydro-peptique, par LINOSSIER. 2 . — M... thyroïdienne : V. Fractures, Tuberculose.
Médico-légal. — V. Accouchements.
Méfaits. — V. Alcool.
Mélanodermie. — M... arsenicales généralisées par ENRIQUEZ et P. LEREBOULLET. 289.
MENDELSOHN. — V. Electrisation.
MÉNÉTRIER. — V. Fièvre typhoïde, Maladie d'Addison, Péritonite, Tétanos.
MENGE. — V. Fièvre.
Méningite. — M... aiguës non tuberculeuses, par NETTER, 686. — M... cérébro-spinale épidémique, par TROISIER, 96. — Curabilité de la M .. cérébro-spinale suppuree. Bons effets des bains chauds et des ponctions lombaires, par NETTER, 834. — Progrès de l'épidémie de M... cérébro-spinale en France. Importance du signe de Kernig, par NETTER, BILLET, 384. — M... typhoïdique terminée par la guérison, par TROISIER, 318.
Ménopause. — Traitement de la M... et de ses accidents, par RODIN et DALCHÉ, 856.
Menorrhagies. — M ..., et métrorrhagie hystériques, par WEDELER, 762.
Mensuration. — V. Cœur, Tension capillaire.
Mercure. — Formules et doses des principales préparations mercurielles employées en injections sous-cutanées, par GUIBERT, 86. — Des préparations de biiodure d'hydrargyre en thérapeutique, par GUIBERT, 121. — V. Syphilis.
Mercuriels. — V. Syphilis.
MERIGOT DE TREIGNY. — V. Phlébites.
MERCK. — V. Néphrites.
MERKLEN. — V. Acholurique, Albuminurie, Ascite, Cœur, Embolie pulmonaire, Médication, Pleurésies, Polyurie, Respiration, Tetanos, Varicelle.
Mesentère. — V. Lipomes,
METCHNIKOFF. — V. Hematolysine.
Méthode. — V. Affections. — M... de Basedow : V. Anévrysmes.
Métrites. — Traitement des M..., par MILHIET, 355. — Traitement de la M... cervicale par le caustique de Filhos, par RICHELOT, 401.
Métrorrhagie. — V. Ménorrhagie.
Meules. — V. Plaies.
MICHAUX. — V. Estomac. Invagination.
MIGNON. — V. Abdomen.
MIGNOT — V. Amyotrophie.
Migraine. — Phénacétine associée au sulfonal dans la M..., par LIÉGEOIS, 375. — M... ophtalmoplégique comme signe de début de syphilis cérébrale, par LAMY, 852.
Migrations. — V. Filaire.
MILHIET. — V. Adénopathies, Appendicite, Curettage, Grossesse. Infection, Kélotomie. Métrites, Œsophage, Rein, Rotule, Scapulectomie, Testicule, Utérus.
MILIAN. — V. Cirrhose, Maladie de Werlhof.
Militaire. — V. Congrès.
MILLARD. — V. Albuminurie.
Mobilité. — V. Fièvre typhoide.
Mobilisation. — V. Fractures.
Moelle. — Les dégénérescences spinales descendantes consécutives à une lésion hémisphérique, par FERNIQUE, 203. — V. Os.
MOIZARD. — V. Douteux, Péritonite, Phlebite.
MOLL. — V. Maladie de Ménière.
MOLLARD. — V. Cœur.
Mollusques. — De l'intoxication par ingestion de M..., par MOSNY, 99, 117.
MONCORVO. — V. Cœur, Polyarthrite.
MONOD. — — V. Choléra, Crâne, Kyste.
Monomphalien. — V. Monstre.
MONSSEAUX. — V. Psoriasis.
Monstre. — M... hétéradelphe et macrocéphale, par LANNELONGUE, 333. — Un M... thoracoxiphopage. par PORAK, CHAPOT-PREVOST, 716. — M... double monomphalien sternopage, par PINARD, BARETTE, 732
MONTAGARD. — V. Maladies infectieuses.
MONTI. — V. Allaitement, Coxalgie.
MORESTIN. — V. Accouchement, Coxalgie, Crâne, Intestin, Joue, Langue, Scapulalgie.
MORNAC. — V. Hygroma.
Morphine. — De l'emploi de quelques dérivés de la M... en thérapeutique, 859.
Morphinomanes. — Des altérations dentaires chez les M... Troubles de nutrition genérale. Leur traitement, par COMBES, 779.
Morphologie. — V. Cœur.
Mort apparente. — V. Nouveau-né.
Mortalité. — M... et désinfection, par GRANCHER, 206.
MOSNY. — V. Mollusques.
MOSSÉ. — V. Ovaires.
MOTY. — V. Peritonite.
MOUCHET. — V. Utérus.
Moules. — V. Bronches.
MOURE. — V. Trachéotomie.
MOUSSEOS. — V. Fièvre pernicieuse.
MOUSSOUS. — V. Tuberculose.
Moustiques. — V. Variole.
Muco-membraneuse. — V. Colite, Enterocolite.
Muguet. — Traitement du M..., par ESCHERICH, KURT, 858.
Multiloculaires. — V. Kystes hydatiques.
Muqueuses. — V. Colites, Urèthre.
MURAT. — V. Tuberculose pulmonaire.
Myélites. — M... cervicales, par GEFFROY, 845.
Myocarde. — Segmentation, fragmentation et fibrose du M... par MAC-CALLUM, 331.
Myocardite. — V. Anurie, Cœur.
Myopie. — Sur la guérison de la M... sans opération, par PANAS, 801. — Traitement de la M... progressive, par TROUSSEAU, 891.
Myoplastie. — V. Hernies.

Digitized by Google

Myosite. — V. Blennorrhagie.
Myxœdème. — Le M... associé au goitre exophtalmique, par HOWARD-MORROY, 123.

N

Naphtol camphré. — V. Intoxication.
Narcotique. — V. Paraldehyde.
Nasales. — V. Affections. — De l'irrigation N... par COURTADE, 665, 729.
Naso-pharyngien. — V. Affections, Tuberculose..
Nature. — V. Fièvre.
Nécrologie. — 288, 336, 398.
Nécrose. — V. Thrombo-phlébite.
NÉLATON. — V. Asepsie, Rhinoplastie.
Néoplasme. — V. Intestin.
Néphrites. — Eruptions cutanées dans les N..., par MERK, 123. — Les N... biliceuses, par GILBERT et P. LEREBOULLET, 302. — V. Rein.
NETTER. — V. Méningite.
NÉVILLE. — V. Epilation.
Névralgie. — V. Rein.
Névropathique. — V. Epistaxis, Hématuries, Hémorrhagies.
Nez. — V. Nasale
NICOLAS. — V. Persodine.
NICOLAYSEN. — V. Appendicite.
NIMIER. — V. Appendicite, Crâne, Foie.
NIMIO PORTO. — V. Pneumonie.
NOBÉCOURT. — V. Sucres.
NOCART. — V. Dourine, Rage.
Nodulaire. — V. Peau.
Nœvus. — N..., variqueux ostéo-hypertrophique, par KLIPPEL et TRENANNAY, 65.
Nostras. — V. Choléra.
NOTHNAGEL. — V. Café.
Nourrissons. — V. Anémie, Constipation, Estomac, Foie, Gastro-entérite, Nutrition. — Septicémie suraiguë chez les N..., par LESAGE 191.
Nouveau-né — V. Glycosurie. — De l'infection des glandes sous-maxillaires chez les N... par CHASSANDE-BARROZ, 750. — V. Lait. — Traitement de la mort apparente du N..., par RIBEMONT, DESSAIGNES, SCHULTZE 570. — V. Ombilic, Tourniole. — La pseudo-paralysie syphilitique des N... par OBERWARTH, 841.
Nucléo-albumine. — V. Nucléose.
Nucléose. — Médication par la N... et les nucléo-albumines végétales, par BOVET, 30.
Nutrition. — La N..., chez les nourrissons, par ULMANN, 269.

O

OBERWARTH. — V. Nouveau-né.
Obèses. — V. Pneumonie. — Un cas d'O... traité sans succès, par DEBOVE, 174. — V. Thyréoïdine.
Obsessions. — V. Dégénérés.
Odol. — 792.
Occlusion. — De l'O... intestinale par calcul biliaire, par GARIN, 157. — O.. intestinale : V. Accouchements, Cancer, Invagination.
Occipital. — V. Mal de Pott.
Oculaire. — V. Pilocarpine.
Œdème. — Œ... malin ; V. Paupières. — Sur le danger de la disparition rapide des Œ... rénaux, par BALESTRE, 266. — Œ... aigu ; V. Poumon.
Œil. — Un nouvel analgésique oculaire, par CHAUVEL, DARIER, 287. — Complications oculaires de la paralysie faciale et leur traitement chirurgical, par TERSON, 202. — Dacryo-adénite d'origine blennorrhagique, par TERSON, 236. — Indications et technique de l'énucléation de l'Œ..., par TERSON, 721. — Tumeur lacrymale congénitale, par GUENIOT, 79. — V. Vaccine.
Œsinophilie. — V. Laiterie.
Œsophage. — Traitement des corps étrangers de l'Œ..., par MILHIET, 342. — Rétrécissement de l'Œ..., consécutif à une fièvre typhoïde. Opération d'Abbe, Guérison, par SUMMERS, 489.
OFFER. — V. Viande.
Ombilic. — L'O... et les affections ombilicales chez le nouveau-né, par AUDION, 441.
Ombilicale. — V. Hernie, Kélotomie.
Omoplate. — V. Enchondrome. — Les ostéites primitives de l'O.. par PISSARD, 205.
Omphalotripsie. — De l'O..., pa. PORAK, 12.
Operation. — V. Appendicite. — Des incisions dans l'O... césarienne conservatrice, par GERBOUD, 142.
Opératoire. — V. Asepsie.
Ophtalmoplégique. — V. Migraine.
OPIE. — V. Hémochromatose.
Opium. — O.., Posologie dans l'enfance, par DEMETRIO GALEATTI, GILLET, 476.
Opothérapie. — V. Ovaire.
OPPENHEIM. — V. Maladie d'Addison.
Or. — V. Verge.
Orbite. — Kyste dermoïde de l'O..., par LAGRANGE, 111.
Orchite. — Comment traiter une O..., ourlienne, 151. — O.. typhique, par LAUNOIS, 384.
Oreille. — Traitement des bourdonnements d'O..., par CUVILLIER et VASSAL, 634. — Indication de l'ouverture de l'apophyse mastoïde et des cavités de l'O... dans les otites moyennes suppurées chroniques, par LOMBARD, 293. — Mécanisme et étapes successives de l'infection intra-crânienne dans les maladies de l'O..., par LUC, 211. — Traitement des lésions de la table interne de l'apophyse mastoïde consécutives aux otites moyennes suppurées. par VIOLLE, 76.
Organes. — V. Poisons. — Deux cas d'anomalies des organes génitaux, par BEURNIER, 1.
Organique. — V. Hémiplégie.
Origine. — O .. congénitale : V. Malformation, Eczémas.
Orthoforme. — Emploi de l'O..., par POUCHET, 154.
Orthostatique. — V. Albuminurie.
ORTNER. — V. Poumon.
Os. — Lésions osseuses typhiques de la colonne vertébrale, par LOWETT et WITHINGTON. BAILLET, 682. — Régénération de la moelle des O... chez le chien, par CORNIL et COUDRAY, 573. — O... iliaque ; V. Ostéomyélite.
OSCAR SEMB. — V. Appendicite.
Ostéites tuberculeuses. — V. Omoplate.
Ostéo-arthrite. — O... du poignet, par FERNET, 368.
Ostéo-hypertrophique. — V. Nœvus.
Ostéome. — O... de la fesse, par SCHWARTZ, 224.
Ostéomyélite. — De l'O... aiguë du col du fémur, par CHURDEROY, 843. — De l'O... de l'os iliaque, par PASQUIER, 843.
Othématome. — De l'O..., par COURTADE, 88.
Otite. — O... moyenne à pneumocoque par contagion, par HIRTZ, 784. — V. Oreille.
Ourlienne. — V. Orchite, Poumon.
Ouverture. — V. Oreille.
Ovaire. — Kyste de l'O... simulant une grossesse ectopique rompue, par VLACCOS, 64. — Etat actuel de l'opothérapie ovarienne, par MOSSÉ, 216.
Ovarite. — L'O..., scléro-kystique, par FRAIKIN, 491.
Oxalurie. — L'O... physiologique et pathologique, par LECOHUR, 300
Oxycyanure. — V. Hydrargyre.
Ozène. — Traitement de l'O..., par BOMMIER, 7.

P

PACKARD. — V. Endocardite.
PALIER. — V. Pneumonie.
Paludisme. — Etude sur le P..., par LAVERAN, 238. — Prophylaxie du P..., par LAVERAN, 381.
Palustre. — V. Hémoglobinurie.
PANAS. — V. Myopie.
Pancréas — Chirurgie du P..., par BEKEL, 652. — Formes anormales du cancer du P..., PIC et TOLOT, 794.
Panniculite. — De la P..., par KJELLBERG, 453.
PAPILLON. — V. Intoxication alimentaire.
Para-appendicites. Des P..., par QUENU, 80.
Paraldéhyde. — Formule pour l'administration de la P... comme narcotique, 23.
Paralysie. — P... faciale : V. Œil. — Comment traiter la P..., infantile, par GILLET, 758. — Sur deux cas de P..., pseudo hypertrophique avec une vue d'ensemble sur les atrophies musculaires progressives, par MARFAN, 193.
Paraphimosis. — Traitement du P... par la circoncision d'urgence, par PELTRE, 252.
Parasitaire. — V. Eczéma.
Parole. — V. Fièvre typhoïde.
Parotidite. — Prophylaxie des P..., par CLAISSE, 14.
Paroxystique. — V. Hemoglobinurie.
Parturition. — V. Appendicite.
PASCAL. — V. Fistule.
PASQUIER. — V. Ostéomyélite.
PASTEAU. — V. Lymphatiques.
Pathogénie. — V. Gastro-entérite.
Pathologique. — V. Oxalurie.
PATRICK-MANSON. — V. Filaire.
Paupières. — L'œdème idiopathique aigu des P..., par GALLIARD, 832. — Œdème malin charbonneux des P..., par THOINOT, 64.
Peau. — Dermo-phosphato-fibromatose nodulaire généralisée avec pigmentation de la P... simulant la maladie de Recklinghausen, par RENON et DUFOUR, 478. — Gangrène de la P... au cours de la fièvre typhoïde, par STALH, 683.
Pelade. — Les P..., par SABOURAUD, 625. — Doit-on admettre les peladiques dans les écoles et les diverses administrations, par BROCQ, 770.
Pellagre. — Pathogénie de la P..., par BABÈS, 528.
PELTRE. — V. Paraphimosis.
Pelviens. — V. Abcès.
Pepsine. — V. Estomac.
Perforante. — V. Appendicite.
Perforation. — V. Péritonite.
Peri-néphrétique. — V. Rein.
Péritonite. — V. Appendicite. — P.., appendiculaire guérie, par MOTY, 240. — De la P... primitive à pneumocoque chez l'adulte, par MENETRIER et LEGROUX, 481. — P..., suppurée diffuse consécutive à une perforation typhoïdique de l'intestin grêle, laparotomie, guérison, par LOISON, 846. — P... traumatique enkystée, par SCHWARTZ, IMBERT, 160. — La P... tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite, par MOIZARD, 497. — Traitement de la P... tuberculeuse, par LAROCHE, 329.
Peri-uréthrale. — V. Suppurations.
Peri-uréthraux. — V. Calculs.
Permeabilité. — P... pleurale au salicylate de soude, par WIDAL et RAVAUT, CASTAIGNE, 477. — V. Rein.
Permanganate de Potasse. — V. Puits.
Persodine. — Emploi du persulfate de soude ou P..., par NICOLAS, GAREL, GUILLAUMIN, 824.
Persulfate de soude. — V. Persodine.
Perversion. — V. Faim.
PESTALOZZA. — V. Fièvre.
Peste. — Epidémie de P... au Japon, par VALLIN, KITASATO, 671.
PETIT. — V. Crésoforme, Tétanos.
PETRINI. — V. Psoriasis.
Pharynx. — V. Brûlure, Ulcérations mercurielles.
Phénacétine. — V. Migraine.
Phéniquée. — V. Gangrène.
Phlébites. — Durée de l'immobilisation dans les P..., par MÉRIGOT DE TREIGNY, 310. — De l'embolie pulmonaire dans les P..., par

Digitized by Google

MÉRIGOT DE TREIGNY, 83. — La P... scarlatineuse, par MOIZARD et ULMANN, 122.
Phlegmon. — P.., diffus du membre inférieur, par CHAUVEL, DUBUJADOUX, 80. — V. Rein.
Phosphaturie. — V. Dyspeptiques.
Phosphore. — V. Arthritisme, Incompatibilité.
Phosphorée. — V. Huile de foie de morue.
Phtisie. — Aerothérapie médicamenteuse dans la P..., par COUETOUX, 827. — Traitement antiseptique de la P..., par COUETOUX, 393.
Phtisiques. — La cure de repos chez les P..., par BERNHEIM, 594. — V. Soude.
Physiologique. — V. Oxalurie.
PIATOT. — V. Cardiaques.
PIC. — V. Pancréas.
PICK. — V. Troubles.
PICQUÉ. — V. Asepsie, Fracture, Scapulectomie, Vessie.
Pigmentation. — V. Peau.
PILCZ. — V. Maladies mentales.
Pilocarpine. — La P... en thérapeutique oculaire, par GRIMPRET, 187.
PINARD. — V. Appendicite, Monstre, Placenta, Utérus.
PISSARD. — V. Omoplate.
Pityriasis. — Un cas unique de P.., versicolor, par GOTTHEIL, 427.
Placenta. — Etude anatomique sur l'insertion vicieuse du P..., par PINARD, CHAMPETIER DE RIBES, VARNIER, 63.
Placentaire. — V. Avortement, Cordon.
Plaie. — V. Cœur, Estomac. — P.., pénétrante : V. Crâne, Utérus. — Des P... par usure occasionnées par les meules, par GUILLOIS, 233.
Plantes indigènes. — V. Scrofule.
Pleurale. — V. Perméabilité.
Pleurésie. — La P.., appendiculaire, par DIEULAFOY, 253. — Les infarctus pulmonaires et la P... chez les typhiques, par GALLIARD, 701. — La P.., interlobaire chez les enfants, par DIEULAFOY, BALTUS, 201. — La P... chez les pneumoniques, 9. — P... purulente : V. Plèvre. — Traitement d'une P... purulente, par DEGUY, 54. — P.., purulentes à bacilles de Friedlander, par RENAUD, 713. — P... typhoïdiques, par WIDAL et MERKLEN, 687 ; par SIREDEY, 701 ; par SOUQUES, LESNÉ, RAVAUT, 79.
Pleuro-péritonéal. — V. Plèvre.
Plèvre. — Epanchement pleuro-péritonéal hemorrhagique, par FERNET, 447. — V. Kystes hydatiques. — Sur la valeur clinique du pouvoir absorbant de la P..., par RENON et LATRON, 462. — Traitement de la pleurésie purulente sans thoracotomie, par KISSEL, 124.
PLICQUE. — V. Sanatoria.
PLUYETTE. — V. Calculs.
Pneumococcique. — V. Angine.
Pneumocoque. — Les Arthrites à P..., par LEROUX, 61. — V. Otite, Péritonite.
Pneumonie. — V. Digitaline. — P.., franche : V. Radioscopie. — P.., et hypertension artérielle, par NIMIO-PORTO, 270. — La P... des obèses, par HUCHARD, 465. — P.., à rechutes chez l'enfant, par CHAUFFARD, KAMINSKI, PALIER, 268. — Traitement de la P.. chez l'enfant, par GILLET, 73. — Traitement de la P... chez les enfants, 269. — Traitement de la P... par l'ingestion de levure de bière, par MARIE, 368.
Pneumonique. — V. Aorte, Pleurésie.
Pneumotomie. — V. Poumon.
Pneumothorax. — Le diagnostic et le traitement du P... à soupape, par BÉCLÈRE, 272.
Poignet. — V. Ostéo-arthrite.
Poils. — V. Cynorrhodon.
POIRIER. — V. Asepsie, Gastro-stomie.
Poisons. — Contribution à l'étude de l'action des organes sur certains P..., par THOINOT et G. BROUARDEL, 510. — P... cellulaires : V. Cytotoxines.
Polyarthrite. — P... déformante de l'enfance, par MONCORVO, 46.
Polymorphisme. — V. Scarlatine.
Polymyosite. — La P... aigue, par THICLE, 202.
Polyurie. — De la P... chez les cardiaques artériosclérreux, par MERKLEN, RAVAUT, 222.
PONCET. — V. Actinomycose, Goître, Urethrostomie périnéale.
Ponction lombaire. — V. Méningite.
PORACK. — V. Monstre, Omphalothripsie.
Posologie. — V. Opium.
Post-abortum. — V. Curettage.
Post-opératoire. — V. Foie.
Post-partum. — V. Curettage.
POTAIN. — V. Fièvre typhoïde.
POTHERAT. — V. Calculs, Cœur, Foie, Fractures, Hémorrhoïdes, Tuberculose.
POUCHET. — V. Ether, Iodure d'ethyle, Orthoforme.
Pouls. — Analyse du P.., irrégulier, par WENCKEBACH, 474. — Du P... lent syphilitique, par DEGUY, 423.
Poumon. — V. Kystes hydatiques. - Pathogénie de l'œdème pulmonaire aigu consécutif à la ponction des épanchements pleuraux, par ORTNER, 110. — Œdème aigu du P... d'origine ourlienne, par CHAUVENET, 490. — Sur la pathogénie de l'œdème aigu du P...; par HUCHARD, 710. — Pneumotomie pour ectasies bronchiques multiples, par TUFFIER, 175. — Sclérose de l'artère pulmonaire, par LAACHE, 78.
Pourriture d'hôpital. — La P..., par MATZENAUER, 698.
Poussées phlébitiques. — V. Embolie pulmonaire.
POUSSON. — V. Rein.
Pouvoir absorbant. — V. Plèvre.
POZZI. — V. Utérus.
Président. — V. Congrès.
Principes actifs. — V. Digitale.
Progressive. — V. Myopie.
Promotion. — V. Légion d'honneur.
Propagation. — V. Variole.
Prophylaxie. — V. Paludisme, Rougeole.
Préparation. — V. Viande.
Prolapsus. — P... génitaux, Colporrhaphie antérieure et colpopérinéoraphie, Fixation des ligaments ronds raccourcis par des nouures multiples, par MAUCLAIRE, 177. — V. Rectum, Urètre.
Prostate. — Résultats éloignés des traitements opératoires de l'hypertrophie de la P..., par LEGUEU, 505. — V. Lymphatiques.
Prostatiques. — V. Dysurie.
Protubérantiel. - V. Anurie.
Prurit. — Lotions contre le P..., 102.
Pseudo-hypertrophique. — V. Paralysie.
Pseudo-Paralysie — V. Nouveau-né.
Psoriasis. — Traitement du P... par les grands bains à l'huile de cade, par BALZER et MONSSEAUX, 321. — Traitement du P... par l'injection de corps thyroïde, par PETRINI, 143.
Psychique. — V. Troubles.
Psychoses. — V. Puberté.
Puberté. — Psychoses de la P.... par VOISIN. 629.
PUECH. — V. Utérus.
Puerpérale. — V. Fièvre, Infection.
Puerpéralité. — Lithiase biliaire et P..., par RAMBERT, 429.
Puits. — Désinfection des P..., par le permanganate de potasse, par DELORME, 429.
Pulmonaire. — V. Ictère. — Contribution à l'étude du deuxième bruit P..., par HECHT, 444.
Purulentes. — V. Pleurésie.
Pylorectomie. — De la P..., par HARTMANN, 174.
Pyonephroses. — V. Rein.

Q

QUELMÉ. — V. Dysenterie.
QUENNEC. — V. Fievre bilieuse hématurique.
QUÉNU. — V. Asepsie, Para-appendicite, Septicémie.
Quinine. — Sulfate de Q.., à doses élevées et massives dans les hémorrhagies, par LIÉGEOIS, 757. — Q... et vaso-constriction; applications thérapeutiques, par HUCHARD, 804.
QUINQUAUD. — V. Syphilis.

R

RABÉ. — V. Respiration.
Rachitisme. — Traitement du rachitisme, par GUIMBAIL, 299.
Radiographie. — V. Fractures.
Radioscopie. — De la R.., dans la bronchopneumonie et la pneumonie franche des enfants, par VARIOT, 15.
Rage. — A propos du diagnostic histologique de la R.., du chien, par COLLIN, CAILLÉ, VALLÉE, 270. — Diagnostic rapide de la R... par l'examen microscopique du bulbe du chien mordeur, par BABÈS, 255. — R... chez un enfant. Traitement à l'Institut Pasteur. Mort, par LEMAISTRE, NOCARD, 430.
RAMBERT. — V. Puerpéralité.
RAMES. — V. Eau salée.
Ramollissement cérébral. — V. Anurie.
Rate. — V. Estomac.
RAVAUT. — V. Acromégalie, Perméabilité, Plèvre, Polyurie.
RAYNAUD. — V. Saignée.
Rayons Rœntgen. — V. Cœur, Épilation.
Rechutes. — V. Fièvre typhoïde, Pneumonie.
Récidive. — V. Fièvre typhoïde.
RECKLINGHAUSEN. — V. Peau.
Rectale. — V. Tumeur.
Rectum. — Sur le prolapsus du R..., par GÉRARD-MARCHANT, 272. — Traitement des grands prolapsus du R... par l'excision de la muqueuse rectale, par DELORME, 317. — Prolapsus du R..., par DELORME, 672.
Rééducation. — V. Aphasie.
Reflexe. — V. Respiration.
REGAUD. — V. Cœur.
Régénération. — V. Os.
REILLE. — V. Alcoolisme.
Rein. — Les fonctions rénales dans les états urémiques, par WIDAL, 111. — Les fonctions du R... dans les néphrites chroniques, par BERNARD, 96. — Sur les méthodes propres à apprécier l'état des fonctions rénales, par VAQUEZ, BERNARD, 127. — Néphrite hémorrhagique au cours d'une infection générale, par HOLST, 155. — Opérations conservatrices dans les rétentions rénales, par ALBARRAN, BAZY, LEGUEU, KÜSTER, FENGER, 619. — Etude de la perméabilité rénale à l'aide du bleu de méthylène, par ACHARD et CLERC, 111. — Phlegmon périnéphretique ayant simulé la névralgie ileo-lombaire et femoro-cutanée, par DEJEAN, 544. — Les pyonéphroses descendantes, par GOSSET, DEGUY, 347. — Interventions chirurgicales dans la tuberculose du R... par POUSSON, 255 ; par ALBARRAN, 368. — Traitement de la tuberculose du R..., par TUFFIER, 870. — De la valeur de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale, par POUSSON, ALBARRAN, 635. — Tuberculose et lithiare rénale, par BERTON, MILHIET, 762. — La sonde urétérale à demeure dans le traitement préventif et curatif des fistules rénales, par ALBARRAN 653.
Remède. — V. Alcoolisme.
REMLINGER. — V. Foie.
RENAUD. — V. Pleurésie.
RENAULT. — V. Cocodylate, Maladies vénériennes, Syphilis.
RENAUT. — V. Cœur. — M. le prof. R.., (de Lyon), chevalier de la Légion d'Honneur, 848.
Rénaux. — V. Œdèmes.
RENDU. — V. Albuminurie, Anévrysmes, Hémoglobinurie, Médication, Respiration.
RENON. — V. Aspergillose, Aspirine, Anurie,

Digitized by Google

Chlore, Cytotoxines, Fièvre typhoïde, Filariose, Kystes hydatiques, Peau, Plèvre.
Renseignements. — R... cliniques, 270, 440, 554, 712. — R... thérapeutiques, 8, 72, 216, 376.
Répartition — V. Goître.
Répertoire de formules. — 15, 23, 57, 72, 73, 88, 104, 105, 121, 122, 136, 153, 159, 170, 184, 200, 221, 232, 240, 249, 263, 280, 281, 297, 312, 329, 345, 358, 376, 393, 408, 424, 440, 456, 461, 463, 488, 504, 520, 536, 568, 584, 600, 616, 632, 647, 664, 680, 695 712, 728, 745, 759, 782, 792, 807, 824, 840.
Résection. — V Dysurie, Intestin.
Résorption. — V. Estomac.
Respiration. — Des R... anomales au début de la tuberculose pulmonaire, par BARBIER, 385. — Le reflexe R..., par LABORDE, 79. — Etude sur le reflexe respiratoire, durée de la survie post-mortem de ses éléments, par LABORDE, 95. — Mécanisme du reflexe respiratoire, par LABORDE, 29. — De la R... de Cheyne-Stokes dans l'artério-sclérose, par MERKLEN, RABE, RENDU, 206.
Rétention. — V. Avortement, Reins.
Rétro-pharyngiens. — V. Abcès.
Rétrécissement. — R... mitral : V. Cœur. — V. Œsophage, Urètre, Urétrostomie périnéale.
Rétroversion. — V. Utérus.
REYNIER. — V. Appendicite, Crâne, Fracture, Gangrène, Mains, Septicemie.
Rhinite. — R... à bacilles de Lœfler chez l'enfant, par THOMAS, 529.
Rhinopharyngite. — V. Troubles digestifs.
Rhinoplastie. — Procédé nouveau de R..., par NELATON, 430.
Rhumatisme. — Diagnostic différentiel de la goutte, du R... et de l'arthrite déformante, par LUFF, 264. — Le délire salicyclique dans le R... articulaire aigu, par MARAIS, 474. — Sur la gravité du R... chez l'enfant au point de vue des complications cardiaques, par BARBIER, 603.
RIBEMONT-DESSAIGNES. — V. Nouveau-né.
RICARD. — V. Fistule.
RICHARDIÈRE. — V. Diphtérie, Tuberculose.
RICHE. — V. Ataxie.
RICHET. — V. Zomothérapie.
RICHELOT. — V. Métrite, Utérus.
ROBIN (G.). — V. Dyspepsies, Dyspeptiques, Ménopause.
ROCHARD. — V. Asepsie, Estomac.
ROGER. — V. Epididymite.
Roi — V. Etudiants.
ROLLESTON. — V. Diphtérie.
ROLLY. — V. Rougeole.
ROSENQUIST. — V. Viande.
ROSENTHAL. — V. Grippe.
ROTH. — Estomac, Hémiplégie.
Rotule. — Cerclage de la R..., par SCHWARTZ, 144. — De la tuberculose primitive de la R.., par BOUTIN, MILHIET, 28.
ROUBINOWITCH. — V. Eserine.
Rougeole. — Etude bactériologique de la R..., par LESAGE, 191. — La désinfection dans la R..., par VALLIN, 148. — Diagnostic précoce de la R..., par ROLLY, COMBE, 24. — Sur la prophylaxie de la R.., par VALLIN, GRANCHER, KELSCH, 238.
ROUTIER. — V. Anévrysme, Appendicite, Asepsie, Cryptorchidie.
ROUX. — Maladie de Little.
RUDOLPH-KREFTING — V. Correspondance.
RUHMANN. — V. Maladies infectieuses.
Rupture. — V Utérus, Vessie.

S

SABOURAUD. — V. Acné, Pelade.
Saignée. — V. Foie. — Indication de la S..., par HAYEM, 633. — La S... et la transfusion saline hypodermique dans les maladies toxiques et infectieuses graves, par RAYNAUD, 669.
Salicylate de soude. — V. Perméabilité.
Salicylique. — V. Rhumatisme.
Salivaire. — V. Dyspepsie.
Sanatoria. — Médecins de campagne et petits S... privés, par PLICQUE, 663. — Davos et les S... de la tuberculose, 846.
Sang. — V. Filaire.
SANSOM. — V. Cœur.
Saturnin. — Gonflement isolé des glandes sous-maxillaires chez un S... par RENON et LATRON, 462. — V. Intoxication.
Saturnisme. — Le S... chez les lapidaires, par FIESSINGER, 733.
SAUTON. — V. Lèpre.
Scapulalgie. — S .. hystérique, par MORESTIN, 737.
Scapulectomie. — De la S..., par PICQUÉ, DARTIGUES, MILHIET, 365.
Scarlatine. — Sur le polymorphisme des angines de la S..., par VARIOT et DEVÉ, 733.
Scarlatineuse. — V. Phlébite.
SCHATILOFF. — V. Cœur.
SCHIŒDTE. — V. Maladie de Basedow, Thyréoïdine.
SCHLESINGER — V. Cœur.
SCHOTT. — V. Cœur.
SCHOULL. — V. Tuberculose pulmonaire.
SCHROETTER — V. Artères.
SCHULTZE. — V. Nouveau-né.
SCHWARTZ. — V. Appendicite, Asepsie, Crâne, Enchondrome, Fistule, Foie, Intestin, Lymphangite, Ostéome, Peritonite, Rotule, Tumeur.
Science. — S... et mariage, par CAZALIS, FIESSINGER, 415.
Scléro-kystique. — V. Ovarite.
Sclérose. — V. Poumon.
Scrofule. — Indications et modes d'emploi de certaines plantes indigènes dans la S..., par LIÉGEOIS, 593.
Section. — V. Congrès.
Sécrétion. — V. Estomac, Jurgensen.
Segmentation. — V. Myocarde.
Seignette. — V. Sel.
Sel. — S... de Seignette, 781.
Senilisme. — Le S..., gerodermie génitale, par TAMBRONI, LAMBRANZI, 204.
Septicémie. — V. Nourrissons. — S. .; traitement par l'eau oxygénée, guérison, par TERRIER, REYNIER, QUENU, 207.
SERINGE. — V. Testicule.
Serotherapie. — S... paradoxale, par CADILHAC, 8.
Serpolet. V. Thym.
Sérum. — S.. anticellulaire : V. Cancer. — Valeur et durée de conservation du S... antidiphtérique, par TAVEL, 106 — S... antitoxique : V. Tétanos — De l'injection intra-utérine de S... gélatineux en gynécologie, par BOURCART, 666.
Servel. — V. Blennorragie.
Service. — Un S.: antiseptique de Médecine, par GRANCHER, 559. — V. Douteux.
SEVESTRE. — V. Albuminurie, Dentition, Maladies infectieuses.
SIERRA. — V. Lithiase.
Signe de Kernig. — V. Méningite.
SINDING LARSEN. — V. Intoxication.
Sinus. — Des blessures des S... de la dure-mère, par LUYS, 801, 821.
SIREDEY. — V. Albuminurie, Fièvre typhoïde, Pleurésie, Stomatite.
Société. — S... de Chirurgie, 30, 46, 64, 80, 111, 144, 160, 174, 192, 206, 223, 240, 255, 272, 287, 303, 318, 368, 384, 397, 415, 430, 447, 463, 479, 496, 511, 528, 672, 687, 702, 735, 751, 768, 845. — S... médicale des hôpitaux, 14, 30, 63, 79, 95, 111, 126, 143, 160, 174, 191, 206, 222, 238, 271, 302, 318, 334, 366, 382, 396, 412, 430, 446, 461, 477, 496, 510, 687, 701, 719, 733, 7 0, 768, 832, 845, 863. — S... de Thérapeutique, 112.
Somnolence. — La S. . des ictériques, par GILBERT et CASTAIGNE, 748.
Sonde. — V. Rein.
Soude. — Les sueurs des phtisiques et leur traitement par le tellurate de soude, par BARIÉ, 97.
Souffles. — S... anorganiques : V. Cœur.
Soupape. — V. Pneumothorax.
SOUQUES. — V. Bronches, Plèvre.
Sous-clavière. — V. Anévrysme.
Sous-deltoïdien. — V. Hygroma.
Sous-maxillaire. — V. Saturnin.
Spartéine. — Etude expérimentale sur l'action de la S..., par THOMAS, 94.
Speleopathiques. — V. Infections.
Spermatorrhée. — Du traitement électrique de la S..., par COURTADE, 778.
Splenique. — V. Cirrhose.
SPRINGER. — 46.
STAHL. — V. Peau.
STOUGHTON. — V Elixir.
Statistique. — V. Alcoolisme.
Sténose. — V. Estomac.
Stérilisation. — V. Mains.
Stérilisé. — V. Lait.
Sternopage. — V Monstre.
STOLZ. — V. Estomac.
Stomatite. — Traitement de la S... ulcero-membraneuse par des cautérisations avec l'acide chromique en cristaux, par SIREDEY, 677.
Striduleuse. — V. Laryngite.
STRAUSS. — V. Estomac.
Stypage. — V. Epididymite.
Suc gastrique. — A propos du S... animal, par HAYEM, 127. — V. Estomac. — La récolte du S. . chez le chien, par LAUNOIS, 101. — V. Tuberculose pulmonaire.
Sucres. — L'élimination des S..., par les urines chez les enfants, par NOBECOURT, 333.
Sueurs. — V. Soude.
Suicide. — V. Dégénérés.
Sulfate de soude. — V. Colites.
Sulfatées sodiques. — V. Dyspepsies.
Sulfonal. — V. Migraine.
SUMMERS. — V. Œsophage.
Suppurations. — S.. annexielles : V. Hystérectomie. — Recherches bacteriologiques sur les S... peri-uréthrales, par COTTET, DEGUY, 880.
Suppurée. — V. Appendicite.
Supra-vaginale. — V. Hystérectomie.
Survie. — V. Respiration.
Sus-claviculaire. — V. Adénopathie.
Suture. — V. Cœur. — S... circulaire : V. Vaisseaux.
Sydenham — V. Chorée.
Syndrome de Reichmann. — Forme clinique particulière du S..., par MATHIEU, 336.
Synoviale. — V. Tuberculose.
Syphilis. — Altérations dentaires dans la S... acquise par WELANDER, 11. — Cure de Quinquaud (Emplâtre au calomel à demeure) dans la S... de l'enfant, par GILLET, 627. — Hémiplégie précoce dans la période secondaire de la S. , par GRORICHARD, 91. — V. Hémoglobinurie. — De la S... de l'intestin, par FOURNIER, 449 ; par LEREBOULLET, 461. — La S... pigmentaire, par A. RENAULT, 64. — Sachets mercuriels dans la S. ., par WELANDER 140. — De la cylindrurie et de l'albuminerie dans la période secondaire de la S. . traitée par le mercure, par WELANDER, 862. — S... cérébrale : V. Migraine.
Syphilitique. — V. Estomac, Hérédité, Nouveau-né, Pouls.
Système nerveux. — V. Café.

T

Tabes. — Deux formes anormales de crises gastriques du T..., par TOUCHE, 318. — Comment traiter les crises gastriques du T..., par HUCHARD, 854.
Tabétique. — V. Ataxie,
Taches. — V. Acide picrique.
Tachycardie. — De la T... paroxystique, par HENSCHEN et MARTINO, 253.

Digitized by Google

TAMBROSI. — V. Sénilisme.
Tamponnement..— V. Avortement.
TAVEL. — V. Sérum.
Teigneux — Une vieille préparation ; la liqueur des T..., par LIÉGROIS, 661.
Teinture. — V. Iode.
Tellurate. — V. Soude.
Température. — V. Blennorrhagie.
Tension artérielle. — V. Maladies mentales.
Tension capillaire. — La mensuration de la T... chez l'homme, par VON BASCH, 749.
TERRIEN, — V. Foie, Glycosurie.
TERRIER. — V. Lymphangiome, Septicémie.
TERSON, — V. Œil.
Testicule. — Traitement de l'ectopie testiculaire inguinale, par MILHIET, 394. — Le T... dans la syphilis héréditaire, par SERINGE, 268.
Tétanos. — Diagnostic et traitement du T..., par MAUCLAIRE et VINSONNEAU, 433 — Traitement du T... par le sérum antitoxique, par A. PETIT et MERKLEN, 111. — T... traumatique, par MÉNÉTRIER, 80.
THAYER. — V. Blennorrhagie.
Théobromine. — V. Digitale.
THICLE. — V. Polymyosite aiguë.
THIERCELIN. — V. Choléra.
THOINOT. — V. Fièvre typhoïde, Paupières, Poisons.
THOMAS. — V. Correspondance. Rhinite, Sparteine.
Thoracentèse. — V. Plèvre
Thoraco-xyphopage. — V. Monstre.
Thrombo-phlébite. — T... de la veine-porte et des veines mésaraïques. Nécrose hémorrhagique d'une anse d'intestin, par HIRTZ et JOSUÉ, 496.
THUL. — V. Appendicite.
Thym. — Le T... et le serpolet, 489.
Thyréoïdine. — La T... dans le traitement de l'obésité, par SCHIŒDTE, 44.
Thyroïdine. — Traitement des fractures par la T..., par GUINARD, 30.
Tibiale postérieure. — V. Anévrysme.
TILLAUX. — V. Anévrysme.
TISON. — V. Incompatibilité.
TOLOT. — V. Pancréas.
TOUCHE. — V. Tabes.
TOULOUSE. — V. Epilepsie.
Tourniole. — La T... des nouveau-nés, par BRINDEAU, 475.
TOUSSAINT. — V. Cardiaques.
Toxiques. — V. Saignée.
Trachéotomie. — Difficulté d'ablation de la canule dans la T..., par MOURE, 592.
Transfusion, — V. Saignée.
Transmission. — V. Fièvre typhoïde.
TREILLE. — V. Beaujon, Correspondance.
TRENAUNAY. — V. Nœvus.
Trional. — Mode d'emploi du T..., par BRISSEMORET, 43.
TROIZIER. — V. Adénopathie, Méningite.
TRONCHET. — V. Angine.
Tronc innominé.— V. Anévrysme.
Troubles. — V. Fièvre typhoïde. Morphinomanes. — T... digestifs : V. Appendicite. —Les T... digestifs liés à la rhinopharyngite et à l'amygdalite chronique, par AVIRAGNET 201. — Un T... de l'évacuation alvine d'origine psychique par PICK, 842.
TROUSSEAU. — V. Collyres, Myopie.
Tubaire. — V. Grossesse.
Tuberculeuses, — V. Adénopathies.
Tuberculeux. — Cure d'alimentation pour les T... à l'hôpital Boucicaut, par LETULLE, 413. — V. Aspirine, Cystite, Foie. — Isolement des T... dans les asiles de convalescence et dans les hôpitaux parisiens, par BARTH, 192. — Traitement du coryza et des bronchites chez les T..., par KNOPF, 857.
Tuberculides. — Traitement des T... bacillaires, par HALLOPEAU et LEREDDE, 51.
Tuberculomes. — Traitement des T... cutanés, par GOZZI, 104. — V. Encéphalite.
Tuberculose. — T... caséeuse : V. Capsules surrénales. — La contagion de la T..., par VOLLAND, 684. — Formes cliniques de la T... du premier âge, par MOUSSOUS, RICHARDIÈRE, 638. — Fréquence de la T... chez les émigrés à Paris, par BARBIER, 79.— Traitement de la T... génitale, par LONGUET, 108. — V. Grossesse, Intestin. — La médication cacodylique dans la T..., par DALCHÉ, GALLIARD, 160. — La T... et les médications nouvelles, par BARADAT, 731. — V. Rein, Rotule. — Statistique de la T,.. en Ille-et-Vilaine, par BROUARDEL. 716. — T... de la synoviale du genou, par POTHERAT, 528. — Les portes d'entrée nasopharyngées de la T..., par M. LABBÉ, 858. — V. Sanatoria.
Tuberculose pulmonaire. — L'amyotrophie scapulo-thoracique précoce, comme signe révélateur ou confirmatif de la T... au début, par BOIX, 734. — Diagnostic de la T... chez les jeunes enfants, par BERTHERAND, 425. — Pronostic et traitement de la T... basés sur l'analyse du suc gastrique et l'examen de l'acidité urinaire, par CAUTRU, 577. — V. Respiration. — Un signe nouveau pour le diagnostic précoce de la T..., par MURAT, 12. — Le traitement de la T... par SCHOULL, 434. — V. Chlore.
TUFFIER. — V. Appendicite, Asepsie, Cocaïne, Crâne, Poumon, Rein, Utérus.
Tumeurs. — V. Acromégalie. — Traitement des T.., érectiles par les injections coagulantes, par LE DENTU, 159. — T... gazeuse du cou, par GUINARD, DELBET, 240. — T... lacrymale : V. Œil. — T... de la région rectale, par SCHWARTZ, 464.
Typhique. — V. Orchite, Os.
Typhoïdique. — V. Méningite, Péritonite, Pleurésies, Plèvre.

U

Ulcération. — Traitement des U... mercurielles de la bouche et du pharynx, par KOBNER, 233. — U... tuberculeuse : V. Langue.
Ulcères. — Traitement des U... de la jambe par les produits du bacille pyocyanique, par IAROSLAW-BUKOWSKI, 107.
Ulcéro-membraneuse. — V. Angine, Stomatite.
ULMANN. — V. Nutrition, Phlébite.
Urémie. — V. Anurie.
Uretérale. — V. Rein.
Uréthraux. — V. Calculs.
Urèthre. — Du prolapsus de la muqueuse de l'U... chez la femme, par VOILLEMIN, 93.— Des résultats éloignés des différentes méthodes des rétrécissements de l'U..., par ALRARRAN, HARRISON. LEGUEU, 607. — V. Uréthrotomie périnéale.
Uréthrostomie. — L'U... périnéale dans le rétrécissement incurable de l'urèthre, par PONCET et DELORE, 245. — U... périnéale, par PONCET, 30.
Uricémique. — V. Bronchite. Céphalalgie.
Urinaire. — V. Tuberculose pulmonaire.
Urine. — V. Arthritisme. — U... laiteuse : V. Dyspeptiques, Sucres.
Utérus. — Traitement de la blennorrhagie utérine, par FÉVRIER, 409. — Traitement médical du cancer de l'U..., par LUTAUD. 170. — Traitement chirurgical du cancer de l'U.... par RICHELOT, 500, 516. — V. Chancre syphilitique. — De l'extirpation des fibromes par voie abdominale avec conservation de l'U... et des annexes, par TUFFIER, 511. — Des injections intra-utérines, par LECACHEUR, 93. — Traitement des plaies pénétrantes de l'U... gravide, par ESTOR et PUECH, 125. — Des suites de la résection du col au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs, par POZZI, 42. — Traitement de la rétroversion utérine, par RICHELOT, MILHIET, 363. — Laparotomie pour rétroversion de l'U... gravide, par PINARD, MOUCHET, 382. — Des ruptures incomplètes de l'U... pendant l'accouchement, par BLASART, 158.

V

Vaccin. — Affaiblissement de la virulence du V... dans les pays chauds, par HERVIEUX, 126. — Le V... de chèvre en Kabylie, par HERVIEUX, FARGIN, 270.
Vaccine. — V... inoculée dans l'œil, par LAQUEUR, 861.
VACHER. — Le cas de V..., par LABORDE, 206.
Vagin. — Désinfection du V... pendant l'accouchement, par DEMELIN, 340. — V. Intestin
Vaisseaux. — Suture circulaire des V..., par KÜMMEL, 236.
VALLÉE. — V. Rage.
VALLIN. — V. Dermatite, Gaz, Peste, Rougeole.
VALNASSORI-PERONI. — V. Hémoglobinurie.
Vanille. — Empoisonnement alimentaire par la V..., 285.
Vapeurs. — V. Chlore.
VAQUEZ. — V. Rein.
Variétés. — 846.
Varicelle. — De l'évolution de la V..., par MERKLEN, 693.
Varicocèle. — La cure du V... (méthode ANNEQUIN) jugée par le Comité de santé, par JEAN-JACQUES, 137. — Opération du V..., par BRAULT, 447.
Variole. — Influence des moustiques sur la propagation de la V..., en Algérie, par HERVIEUX, LAFFORGUE, 396. — La V... à Madagascar, par HERVIEUX, BROCHET, 317.
VARIOT. — V. Allaitement, Ascite, Biberon, Radioscopie, Scarlatine.
Variqueux. — V. Nœvus.
Vaso-constriction. — V. Quinine
VASSAL. — V. Oreille.
VEDELER. — V. Ménorrhagie.
Végétations. — Des V... des femmes enceintes, par LEFER, 490.
VEILLON. — V. Eczéma.
Veines. — V... mesaraïques : V. Trombophlébite. — V... porte : V. Trombophlébite. — V... spermatiques : V. Dysurie.
Ventre. — V. Intestin.
Ventricule gauche. — V. Cœur.
Verge. — La V... d'or, 616.
VÉRON. — V. Anévrysme, Appendicite.
Vers à soie. — V. Dermatite.
Versicolor. — V. Pityriasis.
Vesico-intestinale. — V. Fistule.
Vesico-vaginale. — V. Fistule.
Vessie. — De l'aspiration des corps mous de la V..., par LAMARD, 252. — Epingles à cheveux dans la V... chez la femme, par PICQUÉ, 46. — V. Lymphatiques. — Des ruptures traumatiques de la V..., 685.
Viande. — Influence des préparations dérivées de la V... sur la croissance et la santé des animaux, par GAUTIER, 190. — La V... rouge et la V... blanche, par OFFER, ROSENQUIST, 156
VINSONNEAU. — V. Tétanos.
VIOLLE. — V. Oreille.
Virulence. — V. Vaccin.
Viscéraux. — V. Adenopathies.
VLACCOS. — V. Ovaire.
Voies. — V. aériennes : V. Vomitifs. — V... digestives : V. Hémorrhagies. — V... respiratoires : V. Antisepsie.
Voile du Palais. — V. Gommes.
VOILLEMIN. — V. Urèthre.
VOISIN. — V. Puberté.
VOLLAND. — V. Tuberculose.
Vomissements. — V. Diphtérie.
Vomitifs. — De l'emploi des V... comme des obstruants des voies aériennes, par LIÉGEOIS, 388. — Remarques sur l'emploi des V... contre l'état saburral, par LIEGEOIS, 486.
VON BASCH. — V. Tension capillaire.
VON MÉRING. — V. Estomac.
Voyages. — V. Eaux minérales — V. . d'études médicales, 800.

Digitized by Google

W

WALTHER. — V. Asepsie, Appendicite, Crâne.
WEBER. — V. Artères.
WEDELER. — V. Anévrysmes.
WEILL. — V. Cœur, Maladies infectieuses.
WELANDER. — V. Syphilis.
WENKEBACK. — V. Pouls.
WINCKLER. — V. Cœur.
WIDAL. — V. Albuminurie, Ascite, Bleu de méthylène, Fièvre typhoïde, Médication, Perméabilité, Pleurésie, Rein.
WITHINGTON. — V. Os.
WLAEF. — V. Cancer.
WOOD. — V. Épilation.
WYBAUW. — V. Cœur.

Y

YNGVAR-USTVEDT. — V. Fièvre typhoïde.
YOT. — V. Alcool, Alcoolisme.

Z

ZAMBACO. — V. Lésions.
ZEEHUISEN. — V. Cœur.
Zomothérapie. — La Z..., par RICHET, HÉRICOURT, 314.
Zona. — Traitement du Z..., par l'acide picrique, par DELEBECQUE, 107.

TABLE SUPPLÉMENTAIRE

La pagination est en chiffres romains

Académie. — A... de médecine. XXXVIII, XLII, LXVI, CII, CX, CXXX, CXLVI, CLXLIV, CCX, CCXXXIV, CCL, CCLI, CCCLXCIV. — Prix de l'A... pour 1900, XXII; XLVI. — Prix décernés en 1900, CCCCX, CCCCXVIII. — Les prix de l'A... des sciences, II. — A... des sciences, CLVIII.
Agrégation. — CCXXX, CCCLXXXVI.
Aliénés. — Les A... dans les hôpitaux, CX.
Assistance publique. — XXII, XXXVIII.
Banquet. — V. Internat, Picqué.
CARRON DE LA CARRIÈRE. — V. Eaux minérales.
CHAMPTIER DE RIBES. — XLII.
Cliniques des Hôpitaux. — XXX, XXXIV, L, LVIII, LXLVIII.
Club. — C... médical de Paris, VI, XIV.
Collège de France. — LXVI, CXLVI.
Concours. — C... pour l'adjurat, CXIV, CLVIII, CCII — C... pour la nomination à deux places de chirurgiens des hôpitaux, XXX, LXLIV, CLXL. — C... pour le clinicat, CCCLXCIV, CCCCXXII. — C... de médecine, LXII, LXVI, CCL. — C... d'ophtalmologie, XXXVIII, CLVIII, CCII. — C... pour le prosectorat, CXIV, CCX.
Congrès. — C... international pour l'éducation et l'assistance des sourds-muets, CXXII. — C... de dermatologie et de syphiligraphie, CXXII. — C... international pour l'éducation physique, LIV. — C... d'électrologie et de radiographie médicales, LIV, CCXXII. C... d'histoire des sciences, X. — C... international d'hygiène et de démographie, CLIV, CCXXII. — C... international de l'hypnotisme, CCCVI. — C... international de médecine, XXX, CXXII, CLXII, CCX, CCXXX, CCXXXIV, CCXLII. — C... de médecine professionnelle et de déontologie médicale, CLXLVIII, CCVI, CCLXI, CCLXVI, CCLXXIV, CCLXL, CCLXLVIII, CCCXXII. — C... de la presse médicale, CCLXXIV, CCLXXXII. — C... spirite et spiritualiste, CCXXXIV. — C... contre la tuberculose, LXLIV, CXVIII, CLXX, CLXLVIII. — Liste des C... internationaux, CXXXIV.
Cours. — C... et cliniques des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, CXXXVIII.
DARTIGUES. — V. Société anatomique.
Députés. — Les D... malades de la grippe par GUESDRON, LXLII.
Distinctions honorifiques. — LXII, LXX, CCL, CCLXII, CCCXXVI.
Doctorat. — Nouveau règlement pour les bourses de D..., LXX, CCCVIII.
Eaux minérales. — Voyages d'études aux E..., par CARRON DE LA CARRIÈRE, CCLVIII.
Enfance. — Société protectrice de l'E..., CLXVI.
Etudiants. — LXII. — Les E... en médecine au régiment, LIV.
Examens. — Consignations pour les E..., CCCXXIX.
Externat. — II.
Grippe. — V. Députés.
GUESDRON. — V. Députés.
HENNEGUY. — LXVI.
Hôpitaux. — Répartition des chefs de service, internes et externes dans les hôpitaux pour 1900-1901, LXXIV, LXXXII. — Mutations dans les H..., CCCCXXII.
Hygiène. — L'H... au Japon, CXXII.
Institut. — Un I... antituberculeux, LVIII. — I... Pasteur, CCXIV.
Intérêts professionnels. — II, XXVI, CLXXIV, CLXXXVIII, CLXL, CCCXIV, CCCXXII, CCCL, CCCLXXXVI, CCCCII.
Internat. — Banquet de l'I..., CXVIII. — Concours de l'I..., XXX, LIV, LXVI, CCCVIII, CCCXXXIV, CCCLXII. — Prix de l'I... (chirurgie), CCCCXXII.
Jurisprudence professionnelle. — CCCLXXII.
LAVOISIER. — Le monument de L..., CCLIV.
LE DAMANY. — LXX.
Légion d'honneur. — LXX, CLVIII, CCLXXVIII.
LISTER. — CCXLVI.
Nécrologie. — XXX, XXXVIII, XLVI, LIV, LXII, LXX, LXLIV, CII, CXVIII, CXXVI, CL, CLXVI, CLXXXVI, CLXLVIII, CCXIV, CCXXII, CCXLVI, CCLXII, CCLXXVIII, CCCLVIII, CCCLXII, CCCLXXIV, CCCLXCIV.
Nouvelles. — X, XVIII, XXX, XXXVIII, XLII, LIV, LXVI, LXXXII, LXLIV, LXLVIII, CVI, CXIV, CXXII, CXXX, CXLVI, CLIV, CLXII, CLXX, CCLXXXVIII, CLXL, CLCLIV, CCII, CCX, CCLI, CCLXII, CCLXX, CCLLXXVIII, CLXL, CCLXXXII, CCCII, CCCX, CCCXXVI, CCCXXIX, CCCXLXXVI, CCCLXCIV, CCCLXXXII, CCCX, CCCXXVI, CCCXXIX, CCCXMVI, CCCLIV, CCCLXII, CCCLXX, CCCLXXVIII, CCCLXXXVI, CCCLXCIV, CCCCII.
Sanatoria. — S... pour tuberculeux pauvres, CL, CCCLXXXVI.
Service militaire. — XII.
Société. — S... anatomique : Dartigues, CLXLIV, CCVVIII. — S... médico-chirurgicale, XXII. — S... de kinesithérapie, XXXVIII. — S... française d'otologie et de laryngologie, CX. — S... de Pédriatrie, CXVIII.
Solidarité universitaire. — CCXXII.
Thèses. — X, XVIII, XXVI, XXXIX, XLII, LXXVI, LXXIX, LXLVIII, CVI, CVI, CXXX, CLXVI, CLIV, CCII, CCX, CCXVIII, CCXXVI, CCCLIV, CCCLX, CCCLXXVIII, CCCLXXXVI, CCCLXXXIV, CCCCII, CCCCX, CCCCXVIII.
Variétés. — CLXXVI.
VERON. — LXI.
Voyages. — V, Eaux minérales.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06980 9021

Digitized by Google

Digitized by Google